

**Guinée
Enquête
Démographique et
de Santé
2005**

Rapport Préliminaire

**Ministère du Plan
Direction Nationale de la Statistique**

**MEASURE DHS
ORC Macro
Calverton, Maryland, USA**

Ce rapport présente les résultats préliminaires de la troisième Enquête Démographique et de Santé en Guinée (EDSG-III), qui a été menée en 2005 par la Direction Nationale de la Statistique (DNS) du Ministère du Plan. L'EDSG-III a été réalisée avec l'appui financier de l'USAID, la Banque Mondiale à travers le Projet d'Appui au Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA, l'UNFPA et l'UNICEF. Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS) de ORC Macro, dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant, en particulier, sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant et le VIH.

Pour tous renseignements concernant l'EDSG-III, contacter :

La Direction Nationale de la Statistique (DNS)
BP 221, Conakry, Guinée
Téléphone : (224) 41-45-67/41-38-36
Fax : (224) 41-30-59
E-mail : dnstat@biasy.net
bnr-stat@biasy.net

Concernant le programme MEASURE DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de :

ORC Macro
11785 Beltsville Drive, Suite 300
Calverton, MD 20705 USA
Téléphone : (1) 301-572-0200
Fax : (1) 301-572-0999
E-mail : reports@orcmacro.com
Internet : <http://www.measuredhs.com>

RÉPUBLIQUE DE GUINÉE

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ 2005

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

**Ministère du Plan
Direction Nationale de la Statistique
Conakry, Guinée**

**MEASURE DHS
ORC Macro
Calverton, Maryland, U.S.A.**

Août 2005

TABLE DES MATIÈRES

	Page
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES.....	iv
LISTE DES ACRONYMES.....	v
1 INTRODUCTION.....	1
2 RÉALISATION DE L'ENQUÊTE	2
A. Échantillonnage	2
B. Questionnaires.....	2
C. Formation et collecte des données	3
D. Traitement des données	3
E. Tests de l'hémoglobine et du VIH	3
3 RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES	7
A. Couverture de l'échantillon.....	7
B. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés	7
C. Fécondité	9
D. Utilisation de la contraception	10
E. Désir d'enfants supplémentaires.....	12
F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement.....	12
G. Vaccination des enfants.....	15
H. Traitement des maladies de l'enfance.....	16
I. Allaitement et alimentation de complément.....	18
J. État nutritionnel des enfants.....	19
K. Test d'anémie.....	21
L. Mortalité des enfants.....	23
M. Connaissance du VIH/sida.....	24
N. Utilisation du condom	25
O. Excision.....	28
4 RÉSULTATS DES TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH.....	29
A. Taux de couverture du test du VIH.....	30
B. Taux de séroprévalence du VIH.....	31
RÉFÉRENCES.....	34

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1 :	Résultats de l'enquête ménage et l'enquête individuelle
Tableau 2 :	Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés
Tableau 3 :	Fécondité actuelle
Tableau 4 :	Utilisation actuelle de la contraception
Tableau 5 :	Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants survivants
Tableau 6 :	Indicateurs de soins maternels
Tableau 7 :	Vaccination des enfants
Tableau 8 :	Traitement des infections respiratoires aiguës (IRA), fièvre et diarrhée
Tableau 9 :	Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant
Tableau 10 :	État nutritionnel des enfants
Tableau 11 :	Anémie chez les enfants, les femmes et les hommes
Tableau 12 :	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans
Tableau 13 :	Connaissance du sida
Tableau 14.1 :	Utilisation du condom selon le type de partenaire : femmes
Tableau 14.2 :	Utilisation du condom selon le type de partenaire : hommes
Tableau 15 :	Excision
Tableau 16 :	Couverture du test du VIH
Tableau 17 :	Prévalence du VIH
Graphique 1 :	Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence
Graphique 2 :	Tendances de la fécondité, 1983-2005
Graphique 3 :	Utilisation actuelle de la contraception moderne
Graphique 4 :	Tendance de la mortalité infantile et infanto-juvénile
Graphique 5 :	Prévalence VIH par groupes d'âge et sexe
Graphique 6 :	Prévalence VIH par milieu de résidence et sexe
Graphique 7 :	Prévalence VIH par région et sexe

LISTE DES ACRONYMES

CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
DHS	Demographic and Health Surveys
DNS	Direction Nationale de la Statistique
EDSG	Enquête Démographique et de Santé en Guinée
ESSIDAGUI	Enquête de séroprévalence sur le sida en Guinée
IRA	Infections Respiratoires Aigues
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
LNR	Laboratoire National de Référence
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le Sida
PEV	Programme Élargi de Vaccination
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SRO	Sel de Réhydratation Orale
TRO	Traitement de Réhydratation Orale
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

I. INTRODUCTION

La troisième Enquête Démographique et de Santé en Guinée (EDSG-III) a été conçue pour fournir des données fiables sur la situation démographique et sanitaire en Guinée. Spécifiquement, l'EDSG-III a collecté des informations sur les niveaux de fécondité, l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de la planification familiale, les pratiques de l'allaitement, l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans, le paludisme et l'utilisation des moustiquaires, la mortalité infantile, la mortalité maternelle, la santé de la mère et de l'enfant, la pratique de l'excision, la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du sida et autres infections sexuellement transmissibles et les tests du VIH et de l'hémoglobine. Les informations collectées au cours de l'EDSG-III permettront la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire couverts lors des précédentes enquêtes de 1992 et de 1999.

L'EDSG-III a été exécutée par la Direction Nationale de la Statistique (DNS) de février à juillet 2005 sur un échantillon représentatif national d'environ 6 500 ménages. Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête étaient éligibles pour être enquêtées. De plus, un sous-échantillon de 50 % de l'ensemble des ménages de l'échantillon a été sélectionné ; dans les ménages de ce sous-échantillon, tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour être enquêtés. De même, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête dans ce sous-échantillon étaient éligibles pour le test du VIH. En outre, dans ce sous-échantillon de ménages, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour le test d'anémie. Enfin, dans ce sous-échantillon de ménages, toutes les femmes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin de déterminer leur état nutritionnel.

Ce rapport préliminaire présente quelques indicateurs clés de l'EDSG-III. Un rapport d'analyse plus complet sera publié dans les prochains mois. Les résultats présentés ici étant préliminaires, il se peut qu'ils diffèrent très légèrement des résultats définitifs qui seront publiés dans le rapport final ; cependant, ces éventuelles différences ne devraient pas être statistiquement significatives.

2. RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

A. Échantillonnage

L'EDSG-III vise la population des individus qui résident dans les ménages ordinaires à travers tout le pays. Un échantillon national d'environ 6 500 ménages a été sélectionné. L'échantillon est stratifié de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des huit domaines d'étude (constitués des 7 régions administratives et de Conakry) pour lesquels on obtient une estimation pour tous les indicateurs clés.

La procédure retenue pour le tirage de l'échantillon de l'EDSG-III est un tirage aréolaire, stratifié et à 2 degrés. Au premier degré de sondage, 297 grappes ont été sélectionnées en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille; la taille étant le nombre de ménages. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces grappes a fourni une liste de ménages à partir de laquelle a été tiré au second degré un échantillon de ménages avec un tirage systématique à probabilité égale. Tous les membres de ces ménages ont été identifiés à l'aide d'un questionnaire ménage et chaque femme âgée de 15 à 49 ans que l'on a identifié a été également enquêtée avec un questionnaire individuel femme. Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant de façon permanente dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées (environ 8 000).

De plus, dans un sous échantillon d'un ménage sur deux, un échantillon d'environ 3 500 hommes de 15-59 ans ont également été enquêtés au cours de l'EDSG-III. Dans ce sous échantillon, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient aussi éligibles pour le test du VIH. En outre, dans ce sous échantillon de ménages, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour le test d'anémie. Enfin, dans ce sous échantillon de ménages, toutes les femmes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin de déterminer leur état nutritionnel.

B. Questionnaires

Trois questionnaires ont été utilisés au cours de l'EDSG-III : le Questionnaire Ménage, le Questionnaire Femme et le Questionnaire Homme. Le contenu de ces documents est basé sur les questionnaires modèles développés par le Programme MEASURE DHS .

Des réunions techniques regroupant les experts tant des administrations guinéennes que des organisations nationales et internationales ont eu lieu entre février et juin 2004 pour discuter le contenu des questionnaires. A l'issue de ces réunions, les questionnaires de base ont été modifiés pour tenir compte des besoins des utilisateurs et refléter les problèmes pertinents de population, de la planification familiale, du VIH/sida et autres problèmes de santé spécifiques.

Le Questionnaire Ménage a été utilisé pour lister tous les membres habituels et les visiteurs des ménages sélectionnés. Des informations de base sur les caractéristiques de chaque personne ont été collectées, y compris l'âge, le sexe, l'éducation et le lien de parenté avec le chef de ménage. L'objectif principal du Questionnaire Ménage était d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour des interviews individuelles. Le Questionnaire Ménage a aussi permis de collecter des informations sur les caractéristiques du ménage, telles que la principale source d'eau de boisson, le type de toilette, le type de matériau du sol du logement, la possession de certains bien durables, la possession et l'utilisation de moustiquaires et le type de sel utilisé dans le ménage. Ce questionnaire a également été utilisé pour enregistrer les personnes éligibles pour les mesures anthropométriques (poids et taille) et les tests d'hémoglobine et du VIH.

Le Questionnaire Femme a été utilisé pour collecter des informations sur toutes les femmes en âge de procréer (15-49 ans). Les questions portent sur les sujets très variés tels que :

- les caractéristiques socio-démographiques des enquêtées ;
- l'historique des naissances ;
- la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- les préférences en matière de fécondité ;

- les soins prénatals, pendant l'accouchement et post-partum ;
- l'allaitement et les pratiques d'alimentation des enfants ;
- la vaccination et les maladies des enfants ;
- le mariage et l'activité sexuelle ;
- les caractéristiques du conjoint et le travail de la femme ;
- le sida et les autres infections sexuellement transmissibles ;
- l'excision ;
- la mortalité maternelle.

Le Questionnaire Homme a été administré à tous les hommes de 15-59 ans dans un ménage sur deux de l'échantillon de l'EDSG-III. Le Questionnaire Homme a permis de collecter le même type d'informations que celles contenues dans le Questionnaire Femme ; cependant il était plus court car ne contenant pas des questions concernant l'historique des naissances, la santé des mères et des enfants ou la nutrition.

Toutes les procédures de collecte de l'EDSG-III, y compris les procédures des tests d'anémie et du VIH, ont été pré-testées du 16 novembre au 26 novembre 2004. Une vingtaine d'agents recrutés ont été formés pendant quatre semaines sur les questionnaires et procédures des prélèvements de sang pour les tests d'anémie et du VIH. La formation sur les prélèvements sanguins s'est déroulée en partie dans les formations sanitaires. Environ 100 ménages ont été visités à Conakry et dans la Sous Préfecture de Khorira (Dubréka) au cours de la période de pré-test. Le taux d'acceptation des prélèvements sanguins a été suffisamment élevé au cours du pré-test pour confirmer qu'il était possible de procéder à ces prélèvements au cours de l'enquête. Les leçons tirées de ce pré-test ont été valorisées dans la finalisation des instruments et de la logistique de l'enquête.

C. Formation et collecte des données

En ce qui concerne l'enquête principale, la DNS a recruté une centaine de personnes pour la formation d'agents enquêtrices et enquêteurs, et 11 ont reçu la formation de laborantins (chargés de faire les prélèvements sanguins). La formation d'enquêteurs a duré quatre semaines et celle des laborantins une semaine.

À l'issue de la formation, 40 enquêtrices, 10 enquêteurs et 10 laborantins ont été retenus. Ces agents de terrain étaient repartis en 10 équipes composées chacune d'un chef d'équipe, de quatre enquêtrices, d'un enquêteur et d'un laborantin.

La collecte des données a démarré le 1^{er} février 2005 par la couverture des zones de Conakry, ce qui a permis d'assurer un suivi rapproché des équipes avant qu'elles ne continuent dans les zones éloignées. Ensuite les équipes ont été déployées dans leurs zones respectives de travail. La collecte s'est achevée la troisième semaine du mois de juin 2005.

D. Traitement des données

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté juste après le démarrage de l'enquête sur le terrain. Les questionnaires étaient renvoyés régulièrement du terrain à la DNS à Conakry où des agents de bureau étaient chargés de leur vérification. Ensuite ils étaient transmis à l'atelier de saisie. Les données ont été saisies en utilisant CSPro, un logiciel développé conjointement par le Bureau du Recensement des États-Unis, le Programme DHS et le Serpro S.A. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque enquêtrice/enquêteur, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient répercutées aux équipes de terrain lors des missions de supervision, afin d'améliorer la qualité des données. La saisie et la vérification de la cohérence interne des réponses se sont achevées en juillet 2005.

E. Tests de l'hémoglobine et du VIH

Dans un ménage sur deux, les femmes de 15-49 ans, les hommes de 15-59 ans et les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour le test d'anémie. En outre, ces femmes et ces hommes étaient éligibles pour le

test du VIH. Les protocoles pour les tests de l'anémie et du VIH ont été approuvés par le Comité d'Éthique d'ORC Macro à Calverton et par le Comité National d'Éthique en Guinée.

Test de l'hémoglobine

Le test d'hémoglobine est la principale méthode pour diagnostiquer l'anémie ; ce test est effectué en utilisant le système d'HemoCue. Un consentement éclairé était lu à la personne éligible ou au parent/adulte responsable de l'enfant ou les jeunes de 15-17 ans. Ce consentement expliquait l'objectif du test, informait l'individu éligible (ou le parent/personne responsable) que les résultats seraient communiqués immédiatement à l'issue du test, et sollicitait la permission pour le test.

Avant de prélever le sang, le doigt était nettoyé avec un tampon imbibé d'alcool et séché à l'air. Ensuite, le bout du doigt (ou du talon des enfants de moins de 6 mois ou moins d'un an et très maigre) était piqué avec une lancette rétractable, stérile et non réutilisable. Une goutte de sang était récupérée dans une microcuvette et ensuite introduite dans le photomètre HemoCue qui indiquait le niveau d'hémoglobine. Ces résultats étaient enregistrés dans le Questionnaire Ménage et communiqués à la personne testée, ou au parent/adulte responsable, en expliquant la signification des résultats. Si la personne présentait une anémie sévère (un niveau d'hémoglobine <7 g/dl), le laborantin lui fournissait une fiche de référence pour rechercher les soins auprès des services de santé.

Test du VIH

Le test du VIH était effectué dans le sous échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme. Les prélèvements de sang étaient effectués auprès de tous les hommes et toutes les femmes éligibles de ces ménages qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole « anonyme et lié » développé par le projet DHS (Demographic and Health Surveys) et approuvé par le Comité d'Éthique d'ORC Macro. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon du sang. Le Comité National d'Éthique en Guinée a également approuvé le protocole « anonyme et lié » spécifique pour l'EDSG-III. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'était pas possible et ne sera pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Pour les personnes éligibles de l'enquête, qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, un coupon leur était fourni pour obtenir, si elles le souhaitaient, les conseils et un test gratuit auprès d'un Centre de Dépistage Volontaire (CDV).

Pour accomplir les prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles, chaque équipe de terrain comprenait un laborantin spécialement chargé des prélèvements. Ces laborantins avaient reçu une formation spéciale sur tous les aspects des protocoles des tests d'anémie et du VIH. D'abord, pour chaque personne éligible, le technicien cherchait à obtenir son consentement éclairé après lui avoir expliqué les procédures de prélèvement, la confidentialité et l'anonymat du test. À ce moment, un coupon de référence lui était remis pour chercher les conseils et test gratuits auprès d'un CDV. Pour les femmes et les hommes qui acceptaient d'être testés, le laborantin, en respectant toutes les précautions d'hygiène recommandées, prélevait des gouttes de sang sur un papier filtre. Dans la plupart des cas, les gouttes de sang étaient obtenues de la même piqûre au doigt que pour l'anémie. Une étiquette contenant un code barre était collée sur chaque papier filtre contenant du sang. Une deuxième étiquette avec le même code barre était collée sur le Questionnaire Ménage sur la ligne correspondant au consentement de la personne éligible. Une troisième étiquette, toujours avec le même code barre, était collée sur la fiche de transmission. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures au minimum, dans une boîte de séchage avec des dessiccateurs absorbants l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Pour la conservation des prélèvements, des dessiccateurs et un indicateur d'humidité étaient placés dans le petit sac. Les sacs en plastique individuels étaient ainsi conservés secs jusqu'à leur acheminement régulier au Laboratoire National de Référence à Conakry pour être enregistrés et analysés.

Le test des anticorps anti-VIH et la restitution des résultats étaient effectués par le Laboratoire National de Référence (LNR) à Conakry. Le LNR est le laboratoire de référence en Guinée ; il est régulièrement soumis à un contrôle de qualité interne rigoureux, ainsi qu'à un contrôle de qualité externe. Concernant le contrôle de qualité externe, le LNR participe à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSAPPS). Pour ce qui concerne les procédures de test au laboratoire, les gouttes de sang séchées

sur papier filtre étaient perforées à l'aide d'une poinçonneuse. Le poinçon coupé mesurait approximativement 6 mm de diamètre, et était ensuite plongé dans 150 microlitres de solution PBS pour extraction et reconstitution du sang entier. Ensuite le LNR a traité les prélèvements selon l'algorithme suivant :

Algorithme

L'algorithme développé et validé par le laboratoire de virologie du Centre Pasteur (Mauclère et al. ARHR 1997; Ayouba et al. AIDS 2000) a été conçu pour faire face à la grande diversité génétique du VIH en Guinée et de son impact sur le sérodiagnostic.

ELISA1 : Vironostika HIV Uniform II Plus O (Biomerieux BV) Microelisa system.

Il s'agit d'un ELISA de type sandwich à une phase, de troisième génération, très sensible avec comme antigène des protéines recombinants et des peptides synthétiques détectant le VIH1 (Groupe M, N et O) et le VIH2.

Tout échantillon présentant une densité optique (DO-échantillon) < valeur seuil, est rendu négatif et tout échantillon ayant une DO \geq à la valeur seuil (DO \geq VS) est rendu positif.

Les échantillons dépistés positifs en ELISA1 (Vironostika) sont ensuite analysés à l'aide d'un second ELISA (ELISA2 : Enzygnost Anti-HIV1/2 Plus de Dade Behring AG).

Ce deuxième test ELISA2 (test de compétition) est utilisé en deuxième intention car hautement spécifique du VIH1 et du VIH2. Les types d'antigène utilisés comme support dans ce test sont des protéines recombinantes.

L'exploitation des résultats est effectuée automatiquement.

Selon les critères du test Enzygnost les échantillons sont classés comme suit :

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Échantillon < valeur seuil -10 % | \cong négatif |
| 2. Échantillon > valeur seuil | \cong positif |
| 3. Valeur seuil -10 % \leq Échantillon \leq valeur seuil | \cong douteux |

Les échantillons trouvés dans la zone grise ou supérieurs à cette zone grise doivent être re-testés.

Si un échantillon trouvé initialement douteux donne des valeurs inférieures à la zone grise dans le re-test, le considéré comme négatif selon les critères du test.

Si les deux valeurs du re-test sont de nouveau trouvées dans la zone grise ou supérieures à la zone grise, l'échantillon doit être considéré comme de nouveau positif.

Tous les échantillons douteux ou réactifs à l'Enzygnost (ELISA2) sont confirmés au HIV BLOT 2.2 (Genelab Diagnostic) à base de viral lysate + synthetic peptide HIV1 et HIV2.

Tous les échantillons discordants après répétition de ELISA1 et ELISA2 sont analysés au HIV BLOT 2.2.

Les échantillons négatifs au HIV BLOT 2.2 sont considérés comme définitivement négatifs.

Les échantillons positifs au HIV BLOT 2.2 sont considérés comme définitivement positifs.

Les échantillons positifs à ELISA1, positifs à ELISA2 et positifs après répétition de ELISA1 et de ELISA2 mais négatifs au HIV BLOT sont considérés comme indéterminés.

Un programme en CPro, spécialement conçu selon l'algorithme retenu, était fourni au LNR pour la saisie des résultats des tests. Au fur et à mesure des entrées, ce programme procédait à un comptage automatique de toutes les entrées (nombre de prélèvements testés, nombre de positifs et de négatifs selon les différents kits utilisés). Toutes les deux semaines environ, les responsables du LNR fournissaient à la DNS et à ORC Macro les résultats agrégés de ces comptages de façon à ce que les responsables de l'enquête puissent suivre le déroulement des tests et déceler d'éventuelles anomalies.

Concernant la restitution des résultats, chaque prélèvement de sang transféré au LNR était identifié uniquement par un code barre, et seul ce code était saisi dans le fichier CPro avec les résultats des tests. Ce fichier confidentiel est resté sous la responsabilité de LNR jusqu'à la fin de l'enquête. Lorsque le fichier de données de l'EDSG-III (basé à la DNS) a été apuré et que les facteurs de pondération ont été calculés, un fichier de données contenant uniquement les facteurs de pondération, le sexe, l'âge, la région de résidence et le code d'identification des enquêtés a été préparé et comparé au fichier du LNR pour vérifier la cohérence des deux bases de données. Ces deux fichiers ont alors été fusionnés pour calculer les résultats préliminaires (présentés dans ce rapport) sur la prévalence du VIH par âge, sexe et région de résidence.

3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

A. Couverture de l'échantillon

Parmi les 297 grappes sélectionnées dans l'échantillon, 295 ont pu être enquêtées au cours de l'EDSG-III. Au total, 6 480 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 6 333 ménages ont été identifiés et étaient occupés au moment de l'enquête. Parmi ces 6 333 ménages, 6 282 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 % (voir tableau 1).

Résultat	Milieu de résidence				Ensemble
	Conakry	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
Enquête ménage					
Nombre de ménages sélectionnés	792	1 008	1 800	4 680	6 480
Nombre de ménages retrouvés	762	989	1 751	4 582	6 333
Nombre de ménages enquêtés	736	982	1 718	4 564	6 282
Taux de réponse des ménages	96,6	99,3	98,1	99,6	99,2
Enquête individuelle : femmes					
Effectif de femmes éligibles	1 032	1 447	2 479	5 704	8 183
Effectif de femmes éligibles enquêtées	941	1 414	2 355	5 599	7 954
Taux de réponse des femmes éligibles	91,2	97,7	95,0	98,2	97,2
Enquête individuelle : hommes					
Effectif d'hommes éligibles	612	655	1 267	2 093	3 360
Effectif d'hommes éligibles enquêtés	519	628	1 147	2 027	3 174
Taux de réponse des hommes éligibles	84,8	95,9	90,5	96,8	94,5

À l'intérieur des 6 282 ménages enquêtés, 8 183 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle, et pour 7 954 d'entre elles, l'interview a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 97 % pour les interviews auprès des femmes. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : au total 3 360 hommes de 15-59 ans ont été identifiés dans les ménages du sous-échantillon. Parmi ces 3 360 hommes devant être interviewés individuellement, 3 174 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 95 %.

Les taux de réponse observés en milieu rural sont plus élevés que ceux obtenus en milieu urbain, quel que soit le sexe.

B. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire en âge de procréer, et les hommes de 15-59 ans constituent les populations-cible de l'EDSG-III. Le tableau 2 donne la distribution de ces femmes et de ces hommes selon certaines caractéristiques socio-démographiques, à savoir l'âge, l'état matrimonial, le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction, l'ethnie et la religion.

On remarque qu'environ un cinquième de femmes (21 %) et d'hommes (21 %) enquêtés étaient âgés de 15-19 ans ; ces proportions diminuent régulièrement au fur et à mesure que l'âge augmente. Cette tendance reflète la structure d'une population jeune.

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique socio-démographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Âge						
15-19	20,7	1 648	1 632	20,9	664	680
20-24	14,5	1 152	1 136	15,2	482	444
25-29	15,8	1 259	1 240	9,8	311	306
30-34	14,1	1 119	1 114	9,7	307	297
35-39	14,7	1 170	1 194	11,4	362	362
40-44	10,3	821	825	9,5	301	297
45-49	9,9	785	813	8,9	281	297
50-54	na	na	na	8,6	272	278
55-59	na	na	na	6,1	194	213
État matrimonial						
Célibataire	16,5	1 311	1 298	36,6	1 161	1 156
En union ou vivant ensemble	79,1	6 292	6 327	59,2	1 879	1 883
Divorcée/séparée/veuve	4,4	351	329	4,2	134	135
Milieu de résidence						
Conakry	15,0	1 192	941	21,3	677	519
Autres villes	16,1	1 281	1 414	17,3	549	628
Ensemble urbain	31,1	2 472	2 355	38,6	1 226	1 147
Rural	68,9	5 482	5 599	61,4	1 948	2 027
Région						
Boké	11,8	941	1 037	10,7	340	377
Conakry	15,0	1 192	941	21,3	677	519
Faranah	7,8	619	971	6,9	219	359
Kankan	11,7	935	1 018	11,3	358	406
Kindia	14,5	1 155	1 154	12,9	409	435
Labé	10,3	817	857	7,1	224	256
Mamou	6,8	544	826	6,5	205	321
N'Zérékoré	22,0	1 752	1 150	23,3	741	501
Instruction						
Pas d'instruction	77,5	6 162	6 228	51,2	1 625	1 671
Primaire	11,4	909	864	16,7	529	512
Secondaire ou plus	11,1	883	862	32,1	1 020	991
Ethnie						
Soussou	20,1	1 602	1 495	19,6	622	590
Peulh	35,6	2 834	3 201	33,8	1 073	1 188
Malinké	26,2	2 080	2 092	28,0	887	895
Kissi	5,2	412	398	6,0	189	181
Toma	4,4	350	260	4,1	129	97
Guerzé	7,4	587	432	7,8	247	195
Autre	0,3	23	15	0,2	7	7
Religion						
Musulman	84,8	6 742	6 962	84,0	2 668	2 737
Chrétien	10,7	854	708	11,3	357	317
Animiste	2,0	160	130	3,6	115	97
Sans religion	2,5	197	154	1,1	34	23
Total	100,0	7 954	7 954	100,0	3 174	3 174

Note : Les catégories de d'instruction font référence au plus haut niveau d'instruction atteint que ce niveau ait été achevé ou non.

na = Non applicable

Les femmes mariées ou en union représentent 79 % de l'échantillon enquêté, contre 59 % des hommes mariés ou en union. Du fait que les hommes ont tendance à se marier plus tard que les femmes, la proportion des célibataires est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (37 % et 17 %, respectivement). Les proportions de femmes et d'hommes en rupture d'union sont très voisines : 4 % sont divorcés, séparés ou veufs.

Les femmes qui résident en milieu urbain représentent 31 % contre 39 % chez les hommes et l'écart entre les proportions rurales et urbaines est un peu plus prononcé pour les femmes que pour les hommes.

En général, peu de femmes ont reçu une éducation formelle. En effet, plus de trois femmes sur quatre n'ont jamais fréquenté l'école (78 %). Cette proportion est de 51 % chez les hommes. La proportion d'hommes qui ont atteint l'école primaire est plus importante que pour les femmes (17 % et 11 % respectivement). De même, les femmes ont trois fois moins de chance d'atteindre un niveau secondaire ou supérieur que les hommes (11 % et 32 %, respectivement).

C. Fécondité

L'estimation du niveau de la fécondité est obtenue directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Les indicateurs sont calculés sur la période de trois ans précédant l'enquête. Cette période de trois années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et éviter au maximum les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est étudiée à travers les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par leur cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF).

L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

Le tableau 3 indique que l'ISF est estimé à 5,7 enfants par femme, les adolescentes de 15-19 ans contribuant à 14 % de la fécondité totale. La fécondité est notamment plus élevée chez les femmes des zones rurales (6,3 enfants par femme) que chez celles des zones urbaines (4,4 enfants par femme). Cette tendance s'observe pour toutes les tranches d'âge à l'exception de la tranche 45-49 ans (graphique 1). Bien que les courbes de fécondité urbaine et rurale suivent une tendance similaire, c'est-à-dire, qu'elles augmentent rapidement pour atteindre un maximum avant de baisser de façon régulière avec l'âge, le maximum est notamment plus précoce et plus élevé pour les femmes rurales. Ce maximum de fécondité est atteint à 20-24 ans chez les femmes rurales et culmine à 277 pour 1 000, tandis qu'il n'est atteint qu'à 30-34 ans chez les femmes urbaines, et n'est que de 202 pour 1 000.

Tableau 3 : Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, indice synthétique de fécondité (ISF), taux global de fécondité générale (TGFG) et le taux brut de natalité (TBN) pour la période de trois années précédant l'enquête selon le milieu de résidence, EDSG-III Guinée 2005

Groupe d'âge de la femme	Milieu de résidence				
	Conakry	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
15-19	108	100	104	188	155
20-24	150	196	171	277	240
25-29	173	217	195	269	247
30-34	179	224	202	235	226
35-39	99	130	117	185	168
40-44	61	63	62	93	86
45-49	46	21	31	17	20
ISF	4,1	4,8	4,4	6,3	5,7
TGFG	137	156	146	216	194
TBN	30,0	33,5	31,8	40,8	38,4

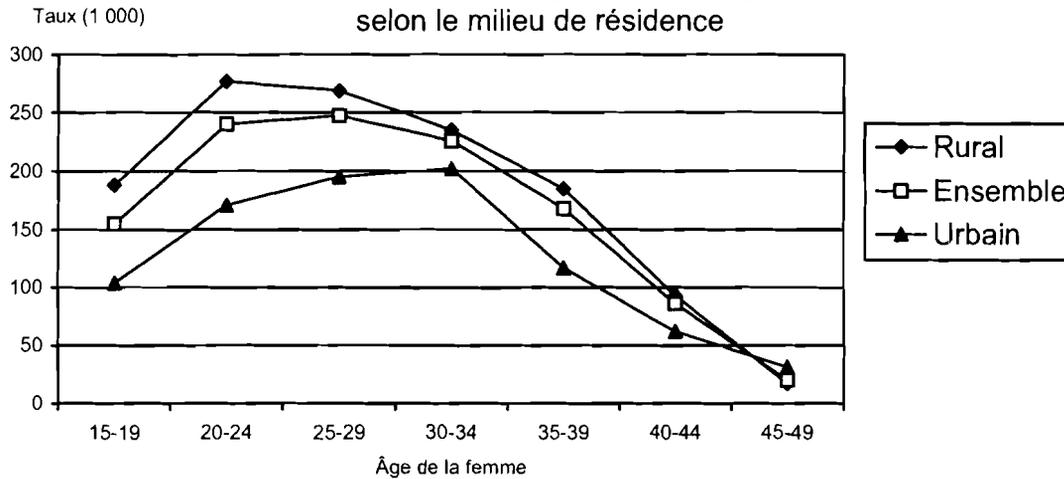
Note : Les taux pour les groupes d'âges 45-49 peuvent être légèrement biaisés à cause de la troncature.

ISF : Indice synthétique de fécondité pour les âges 15-49, exprimé par femme

TGFG : Taux global de fécondité générale (naissances divisées par le nombre de femmes âgées de 15-49, exprimé pour 1 000 femmes)

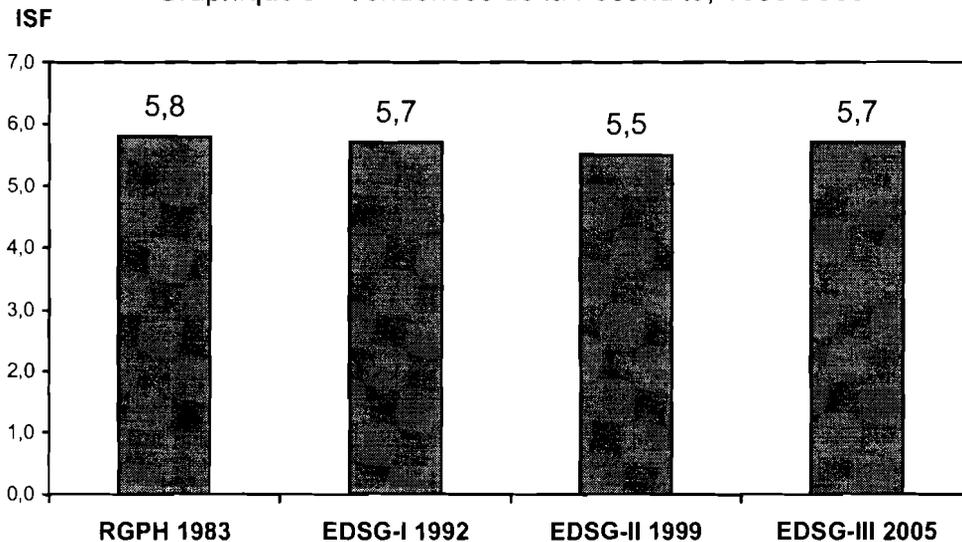
TBN : Taux brut de natalité, exprimé pour 1 000 individus

Graphique 1 :
Taux de fécondité générale par âge
selon le milieu de résidence



La tendance de l'ISF montre une baisse très légère depuis le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) en 1983 (Graphique 2) : l'ISF était estimé à 5,8 par le RGPH (1983) ; à 5,7 par l'EDSG-I (1992) ; à 5,5 par l'EDSG-II (1999) ; et à 5,7 par l'enquête actuelle. Ce qui indique qu'il n'y a pas une différence importante depuis 1983.

Graphique 2 : Tendances de la Fécondité, 1983-2005



D. Utilisation de la contraception

L'utilisation des méthodes contraceptives au sein des couples est encore assez faible (voir tableau 4). En effet, moins d'une femme en union sur dix (9 %) utilise actuellement soit une méthode moderne soit une méthode traditionnelle de contraception. Alors que la prévalence contraceptive moderne reste assez faible, elle a peu varié depuis l'EDSG-II de 1999 : de 4 % des femmes actuellement en union en 1999 à 6 % en 2005 (graphique 3).

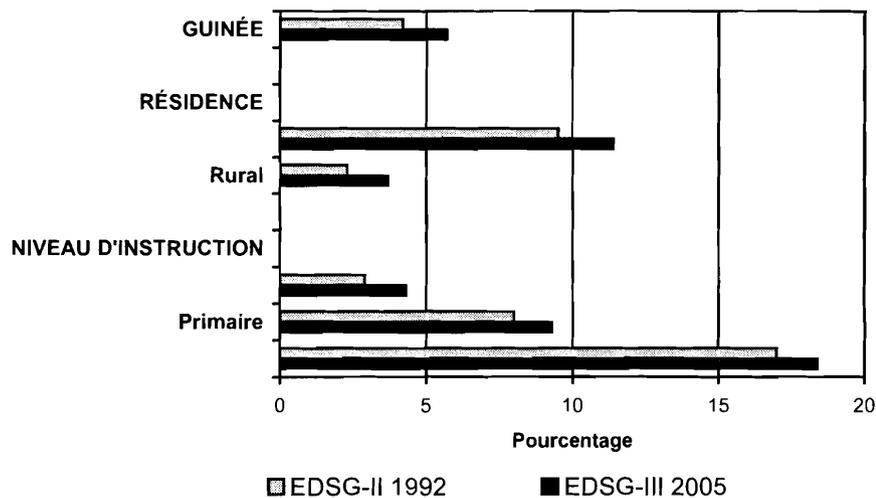
Tableau 4 : Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode de contraception actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSC-III Guinée 2005

Caractéristique socio-démographique	Méthode moderne								Méthode traditionnelle				N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes	
	Une méthode	Une méthode moderne	Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injections	Condom	MAMA	Une méthode traditionnelle	Contenance périodique	Retrait	Méthode populaire				
Âge																
15-19	8,8	5,0	0,0	1,2	0,0	0,1	2,5	1,2	3,8	1,0	0,0	2,8	91,2	100,0	587	
20-24	10,7	6,2	0,0	1,1	0,1	0,5	2,2	2,2	4,5	1,1	0,0	3,4	89,3	100,0	888	
25-29	10,3	6,5	0,0	1,2	0,1	0,7	1,5	3,0	3,8	0,8	0,1	2,9	89,7	100,0	1 175	
30-34	9,2	5,9	0,4	2,2	0,0	1,2	0,7	1,5	3,2	0,8	0,1	2,4	90,8	100,0	1 062	
35-39	9,1	5,5	0,3	1,3	0,1	1,4	0,5	2,0	3,6	1,0	0,0	2,6	90,9	100,0	1 113	
40-44	9,1	6,2	0,7	2,6	0,2	1,5	0,1	1,1	2,9	1,1	0,1	1,7	90,9	100,0	752	
45-49	5,3	3,6	0,1	1,9	0,1	1,1	0,2	0,1	1,7	1,0	0,0	0,7	94,7	100,0	717	
Milieu de résidence																
Conakry	18,1	13,9	0,7	4,5	0,3	1,2	4,3	3,0	4,2	3,1	0,0	1,1	81,9	100,0	823	
Autres villes	11,7	8,8	0,3	3,2	0,2	2,9	2,1	0,1	2,8	1,1	0,1	1,6	88,3	100,0	819	
Ensemble urbain	14,9	11,4	0,5	3,9	0,2	2,1	3,2	1,5	3,5	2,1	0,0	1,4	85,1	100,0	1 642	
Rural	7,0	3,7	0,1	0,8	0,0	0,6	0,3	1,8	3,4	0,5	0,0	2,8	93,0	100,0	4 650	
Région																
Boké	5,3	4,4	0,0	0,5	0,1	0,6	0,9	2,3	0,9	0,4	0,0	0,5	94,7	100,0	771	
Conakry	18,1	13,9	0,7	4,5	0,3	1,2	4,3	3,0	4,2	3,1	0,0	1,1	81,9	100,0	823	
Faranah	18,6	5,7	0,3	2,3	0,2	1,7	0,6	0,7	12,9	0,8	0,0	12,1	81,4	100,0	512	
Kankan	13,8	7,2	0,3	1,1	0,0	1,9	1,1	2,8	6,6	0,3	0,2	6,2	86,2	100,0	830	
Kindia	6,0	4,1	0,1	1,3	0,2	1,2	0,0	1,2	2,0	0,5	0,0	1,5	94,0	100,0	948	
Labé	1,3	1,1	0,0	0,3	0,0	0,2	0,3	0,3	0,2	0,0	0,1	0,1	98,7	100,0	638	
Mamou	2,6	2,4	0,1	1,3	0,0	0,4	0,6	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	97,4	100,0	460	
N'Zérékoré	7,3	4,8	0,2	1,5	0,0	0,5	0,6	2,0	2,4	1,6	0,0	0,9	92,7	100,0	1 309	
Instruction																
Pas d'instruction	7,5	4,3	0,2	1,1	0,1	0,8	0,4	1,8	3,1	0,6	0,1	2,5	92,5	100,0	5 369	
Primaire	13,3	9,3	0,0	3,8	0,2	1,0	2,3	2,1	4,0	1,0	0,0	3,0	86,7	100,0	506	
Secondaire ou plus	25,1	18,4	0,8	5,9	0,6	3,1	7,6	0,4	6,8	5,8	0,0	0,9	74,9	100,0	417	
Ensemble	9,1	5,7	0,2	1,6	0,1	1,0	1,1	1,7	3,4	1,0	0,0	2,4	90,9	100,0	6 292	

Note : Si plus d'une méthode est utilisée, seule la méthode la plus efficace est considérée dans ce tableau.
MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

Graphique 3 :
Utilisation actuelle de la contraception moderne
(Femmes de 15-49 ans en union)



Parmi les méthodes modernes les plus couramment utilisées, il y a la MAMA (1,7 %), la pilule (1,6 %), le condom masculin (1,1 %) et les injections (1,0 %). S'agissant des méthodes traditionnelles, méthodes préférées par 3,4 % des femmes, les méthodes populaires (2,4 %) sont les plus utilisées.

Contraception et caractéristiques des utilisatrices

La prévalence de la contraception moderne varie très peu selon les groupes d'âges, cependant les femmes plus jeunes (15-29 ans) préfèrent utiliser les condoms masculins, celles plus âgées font plus recours aux injections, à la pilule et à la stérilisation féminine.

L'utilisation des méthodes contraceptives modernes diffère largement selon le milieu de résidence : 11,4 % dans les villes contre 3,7 % dans les campagnes. Cette différence de la prévalence contraceptive est aussi marquée entre les régions. De 13,9 % à Conakry, la prévalence contraceptive moderne ne dépasse guère 7 % dans les autres régions. Cependant les régions de Labé (1,1 %) et de Mamou (2,4 %) s'illustrent par une très faible utilisation contraceptive moderne. La prévalence contraceptive moderne est beaucoup plus élevée chez les femmes les plus instruites (18,4 %) que chez celles qui ont un niveau primaire (9,3 %) et surtout que chez les femmes sans niveau d'instruction (4,3 %).

E. Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes actuellement en union, seulement 22 % (dont 0,2 % de femmes stérilisées) ont déclaré ne plus vouloir d'enfant, 32 % veulent attendre plus de deux ans avant d'en avoir un (autre), c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un certain espacement des naissances, et 36 % ont déclaré qu'elles souhaitaient un (autre) enfant dans les deux ans à venir (tableau 5). Dans l'ensemble, la proportion des femmes qui ne veulent plus d'enfant n'a presque pas connu de changement depuis 1999 ; elle était de 21 % selon l'EDSG-II. Il en est de même pour la proportion de femmes qui souhaitent espacer leur prochaine naissance (31 % en 1999).

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre								
Veut un autre bientôt ²	74,8	49,2	44,1	36,0	30,8	20,7	12,5	36,1
Veut un autre plus tard ³	2,8	38,8	42,8	41,6	35,9	28,1	16,7	31,9
Veut un autre, NSP quand	12,6	5,8	0,9	1,3	1,1	0,8	0,3	2,6
Indécise	1,9	0,5	1,4	2,1	2,5	2,7	2,2	1,9
N'en veut plus	1,7	3,3	6,5	12,7	23,8	40,0	59,5	21,7
Stérilisée ⁴	0,3	0,1	0,2	0,2	0,1	0,4	0,3	0,2
A déclarée qu'elle est stérile	5,8	2,3	3,7	5,3	5,3	7,2	7,8	5,2
Manquant	0,2	0,0	0,5	0,7	0,5	0,0	0,7	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	489	996	1 073	1 042	908	791	992	6 292

F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la fois la santé de la mère et de l'enfant. Au cours de l'EDSG-III, on a posé à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, un certain nombre de questions sur

les soins prénatals et sur la santé de l'enfant. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance est survenue au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, si elles avaient consulté, si elles avaient reçu au moins une injection antitétanique, et si elles ont pris des comprimés de fer durant la grossesse.

Pour toutes leurs naissances survenues au cours de la même période, on a demandé aux mères de dire qui les avait assistées pendant l'accouchement et où elles avaient accouché.

Tableau 6 : Indicateurs de soins maternels

Pourcentage de femmes qui ont eu une naissance au cours des cinq dernières années précédant l'enquête qui ont reçu des services de santé maternels spécifiques durant la grossesse de la naissance la plus récente, et pour toutes les naissances des cinq dernières années précédant l'enquête, pourcentage de femmes ayant accouché dans un établissement de santé, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique socio-démographique	Soins prénatals d'un agent de santé ^{1,2}	Au moins une injection anti-tétanique ²	Comprimé de fer au cours de la grossesse ²	Effectif de femmes	Accouchées par un agent de santé ^{1,3}	Accouché dans un service de santé ³	Effectif de naissances
Âge de la mère à la naissance							
<20	86,6	79,2	78,1	795	44,8	35,7	1 140
20-34	82,1	76,2	74,9	2 769	38,3	30,7	4 129
35+	78,3	74,0	72,6	882	30,1	26,0	1 100
Rang de naissance							
1	88,4	83,4	81,0	748	49,6	40,2	1 098
2-3	83,5	76,6	75,8	1 318	40,7	32,4	1 981
4-5	82,0	77,1	75,7	1 089	36,9	30,4	1 547
6+	77,3	71,1	70,1	1 292	28,7	23,4	1 744
Milieu de résidence							
Conakry	98,2	95,9	87,0	494	89,8	70,0	641
Autres villes	94,0	91,2	88,5	581	73,3	59,4	798
Ensemble urbain	96,0	93,4	87,8	1 075	80,7	64,1	1 438
Rural	77,8	70,8	70,9	3 372	25,6	21,0	4 931
Région							
Boké	81,4	73,7	73,8	506	26,2	25,0	743
Conakry	98,2	95,9	87,0	494	89,8	70,0	641
Faranah	82,4	80,5	79,3	387	32,6	23,1	539
Kankan	81,7	71,6	72,7	631	39,2	31,9	970
Kindia	79,3	76,8	76,3	648	29,7	27,8	948
Labé	75,3	69,4	69,9	444	20,2	15,4	621
Mamou	61,7	59,3	54,3	308	18,7	15,6	423
N'Zérékoré	85,9	77,2	77,2	1 028	41,1	31,5	1 485
Instruction							
Pas d'instruction	79,8	73,5	72,7	3 803	32,8	26,5	5 546
Primaire	95,3	91,5	86,9	400	66,8	51,3	524
Secondaire ou plus	97,5	95,5	91,1	243	84,1	73,5	300
Ensemble	82,2	76,3	75,0	4 447	38,0	30,8	6 369

¹ Médecin, infirmière, sage-femme, aide de santé ou ATS

² Seulement la naissance la plus récente des cinq dernières années

³ Y compris toutes les naissances des cinq dernières années

Dans l'ensemble, 82 % des femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente. Cette proportion varie avec l'âge de la femme. Plus la femme est jeune plus elle consulte un personnel de santé (87 % pour les femmes de moins de 20 ans contre 82 % pour celles de 30-34 ans et 78 % pour les 35 ans et plus). Cependant, les données montrent que pour les naissances de rang égal ou supérieur à 6 (77 %), les femmes consultent moins que les autres pendant la grossesse. La couverture des soins prénatals est relativement variable selon le milieu de résidence (78 % en milieu rural contre 96 % en milieu urbain) et la région. S'agissant de la région, les femmes de Mamou (62 %) et de

Labé (75 %) se distinguent des autres femmes par une couverture des soins prénatals relativement faible. La consultation prénatale par un agent de santé est fortement influencée par le niveau d'instruction de la mère. Les femmes sans niveau d'instruction (80 %) ont moins bénéficié que les autres des soins prénatals au cours de la grossesse de leur dernier-né. Par contre, cette proportion atteint 95 % chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et plus de 97 % lorsque la mère a au moins un niveau secondaire.

Les injections à l'anatoxine antitétanique (VAT) sont faites aux femmes enceintes pour prévenir le tétanos néonatal, une des causes les plus importantes de mortalité néonatale. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir au minimum deux injections antitétaniques pendant la grossesse ou une seule si elle a déjà reçu une injection lors de la précédente grossesse. Les mères reçoivent aussi du sirop ou des tablettes de fer en suppléments pour réduire les risques d'anémie, celle-ci étant aussi considérée comme un facteur fréquent de mortalité maternelle et la mortalité néonatale.

Le tableau 6 indique que la couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos n'est pas universelle bien qu'elle soit importante : 76 % des mères ont reçu au moins une injection antitétanique au cours de la grossesse de leur dernier-né. En outre, les nouveau-nés des mères résidant en milieu urbain (93 %) sont relativement mieux protégés que ceux du milieu rural (71 %). Par rapport aux régions, il apparaît que les enfants des régions de la Moyenne Guinée sont les moins bien protégés contre le tétanos néonatal que ceux des autres régions naturelles. En effet, Labé et Mamou enregistrent respectivement 69 % et 59 % contre plus de 77 % à N'Zérékoré et 81 % à Faranah. Les résultats mettent en exergue la forte influence de l'éducation de la mère dans la protection des nouveau-nés contre le tétanos néonatal. En effet, plus le niveau d'instruction de la mère est élevé, plus le nouveau-né a des chances d'être protégé. De 74 % de mères n'ayant aucun niveau d'instruction vaccinées contre le tétanos, cette proportion passe à 92 % lorsque la mère a au moins un niveau primaire et atteint 96 % pour celle qui a atteint le niveau secondaire ou plus.

La prise de comprimés de fer est une pratique importante chez les mères. En effet, 75 % des mères ont reçu du fer en comprimés au cours de la grossesse de leur naissance la plus récente. Cependant, les mères d'enfants de rang de naissance supérieur à 5 (70 %) ont moins fréquemment bénéficié d'un traitement contre l'anémie que celles d'enfants de rangs inférieurs. On retrouve ici les mêmes différentiels par milieu de résidence, région et niveau d'instruction que pour les soins prénatals et la vaccination antitétanique.

Comme mentionné plus haut, pour toutes les naissances survenues au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, on a demandé aux mères le lieu de l'accouchement et qui les avait assistées. L'EDSG-III (tableau 6) révèle que 38 % seulement des naissances ont été assistées par du personnel de santé et l'âge de la mère influence cette assistance à l'accouchement. Plus la femme est jeune plus elle a tendance à se faire assister par un personnel de santé. De 45 % pour les femmes de moins de 20 ans, la proportion passe à 38 % chez celles de 30-34 ans et à 30 % chez celles de 35 ans et plus. Par contre, les données semblent indiquer que plus le rang de naissance est élevé, moins l'accouchement est assisté par un personnel de santé. Les accouchements en milieu urbain (81 %) bénéficient plus de trois fois plus d'une assistance appropriée qu'en milieu rural (26 %). De fortes disparités régionales sont mises en exergue. Les régions de Mamou (19 %) et de Labé (20 %) se caractérisent ici aussi par de très faibles taux d'assistance appropriée à l'accouchement. S'agissant du lieu d'accouchement, les résultats montrent que seulement 31 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé. Les disparités sont les mêmes que celles relatives à une assistance appropriée.

Tableau 7 : Vaccination des enfants

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu une vaccination spécifique à n'importe quel moment avant l'enquête (selon une carte de vaccination ou selon les déclarations de la mère), et pourcentage ayant une carte de vaccination vue, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique socio-démographique	DTCQq				Polio				Rougeole	Toutes ²	Pas de vaccinations	Ayant une carte de vaccination	Effectif d'enfants
	BCG	1	2	3	0 ¹	1	2	3					
Sexe													
Masculin	80,0	78,4	67,5	51,9	63,2	84,2	70,6	50,8	51,6	38,5	13,2	53,4	562
Féminin	78,9	76,0	66,6	50,4	57,7	81,9	68,8	49,5	48,8	35,9	14,8	53,6	557
Rang de naissance													
1	79,1	79,5	70,8	56,3	62,4	82,0	66,9	52,0	54,0	38,4	16,2	52,2	186
2-3	81,1	79,1	69,6	53,1	64,4	84,8	71,9	52,6	52,6	40,4	13,1	56,4	364
4-5	80,0	77,7	65,4	51,7	61,5	83,2	72,0	49,9	46,8	36,7	13,3	55,1	291
6+	76,8	72,7	63,1	44,6	52,9	81,3	66,2	45,9	48,1	32,9	14,5	48,9	277
Milieu de résidence													
Conakry	89,0	83,8	70,2	49,6	82,2	90,5	70,0	47,1	49,5	40,0	7,1	65,7	115
Autres villes	90,7	90,0	84,0	66,4	81,7	89,3	79,7	64,5	59,3	40,6	7,9	68,8	133
Ensemble urbain	89,9	87,1	77,6	58,6	81,9	89,9	75,2	56,5	54,8	40,3	7,6	67,4	247
Rural	76,5	74,4	64,1	49,0	54,4	81,1	68,1	48,3	48,9	36,4	15,8	49,6	871
Région													
Boké	80,5	75,5	66,4	41,8	55,2	80,3	68,8	42,9	52,8	32,3	16,3	44,7	130
Conakry	89,0	83,8	70,2	49,6	82,2	90,5	70,0	47,1	49,5	40,0	7,1	65,7	115
Faranah	81,7	78,1	68,7	51,3	60,5	88,0	72,0	50,4	53,3	40,8	7,8	55,0	95
Kankan	76,7	73,6	65,7	54,4	54,5	83,1	73,1	56,0	47,6	40,5	13,9	54,2	165
Kindia	78,0	76,7	66,6	56,3	66,2	84,3	72,8	58,6	49,3	43,3	15,2	60,6	152
Labé	71,0	66,3	53,5	46,4	47,2	73,9	63,4	49,1	31,8	26,2	20,2	37,5	108
Mamou	72,0	70,5	63,7	54,3	59,8	72,7	62,1	40,7	50,9	32,2	20,5	47,7	74
N'Zérékoré	81,9	83,5	72,8	52,3	59,7	85,0	69,8	49,5	57,3	37,6	13,1	55,6	280
Instruction													
Pas d'instruction	77,2	75,1	65,0	49,1	57,9	81,7	68,1	48,2	47,7	35,5	15,4	52,3	961
Primaire	91,9	88,4	76,5	59,2	73,1	89,9	75,8	53,6	64,7	46,0	6,2	58,8	97
Secondaire ou plus	95,3	93,3	84,2	71,0	80,2	93,7	84,6	75,3	67,6	50,7	3,8	64,2	60
Ensemble	79,4	77,2	67,1	51,1	60,5	83,0	69,7	50,1	50,2	37,2	14,0	53,5	1 118

¹ Polio 0 est la vaccination contre la polio donnée à la naissance.

² BCG, rougeole et les trois doses de DTCQq et de polio (non compris la vaccination de polio donnée à la naissance)

G. Vaccination des enfants

Le Ministère de la Santé Publique a mis en place, depuis des années, un Programme Élargi de Vaccination (PEV). Selon les recommandations de l'OMS, appliquées par le PEV, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu le vaccin du BCG (contre la tuberculose), trois doses de DTCQq (contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche), trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. D'après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations devraient être administrées à l'enfant au cours de sa première année de vie.

Lors de l'EDSG-III, des informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient copiées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d'établir avec justesse la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque la carte de l'enfant n'était pas disponible. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âge auquel ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV.

Il apparaît tout d'abord dans le tableau 7 que pour 54 % des enfants de 12-23 mois, un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

La couverture vaccinale est encore faible en Guinée : d'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, 37 % d'enfants de 12-23 mois seulement ont été complètement vaccinés et 14 % n'ont reçu aucun vaccin. Les autres (49 %) ont été partiellement vaccinés. Si l'on considère les vaccins spécifiques, 79 % d'enfants ont reçu le BCG, 77 % la première dose de DTCQq et 83 % la dose de Polio 1. La couverture vaccinale pour les doses subséquentes diminue rapidement ; elle n'est plus que de 51 % et

50 %, respectivement, pour la troisième dose du DTCoq et la troisième dose de polio. Ces résultats montrent des déperditions importantes entre la première et la troisième doses (26 % pour le DTCoq et de 33 % pour la polio). Il s'agit de la proportion des enfants qui ont reçu la première dose du vaccin mais qui n'ont pas continué jusqu'à la troisième. La proportion des enfants vaccinés contre la rougeole est de 50 %. Par rapport à l'EDSG-II, la couverture vaccinale a connu une augmentation sensible au niveau national, passant de 76 % à 79 % pour le BCG, de 46 % à 51 % pour les trois doses de DTCoq, de 43 % à 50 % pour les trois doses de polio et de 32 % à 37 % pour la vaccination complète. Par contre, pour la vaccination contre la rougeole on note une légère diminution entre les deux EDS car la proportion d'enfants vaccinés est passée de 52 % en 1999 à 50 % en 2005.

H. Traitement des maladies de l'enfance

Les infections respiratoires aiguës (IRA), le paludisme et la déshydratation induite par des diarrhées sévères constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée, chaque fois qu'un enfant présente les symptômes de ces maladies, est cruciale et déterminante dans la réduction de la mortalité infantile. Pour obtenir les informations sur le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a demandé aux mères si, dans les deux semaines avant l'enquête, l'enfant avait eu la toux avec une respiration rapide et courte (symptôme d'une infection respiratoire aiguë) et/ou de la fièvre; ou si l'enfant avait eu de la diarrhée.

Parmi les enfants qui ont eu une IRA et/ou de la fièvre au cours des deux semaines avant l'enquête, un traitement médical a été recherché pour 35 % d'entre eux (voir tableau 8). Les traitements médicaux ont été plus requis pour les enfants de 36-47 mois, ceux du milieu urbain et ceux dont la mère a au moins un niveau d'instruction primaire. Par ailleurs, un traitement médical a été recherché pour seulement 27 % des enfants qui ont souffert de diarrhée. De plus, 33 % ont reçu une solution de sel de réhydratation orale (SRO) alors que 57 % ont suivi une thérapie de réhydratation orale (TRO).

Tableau 8 : Traitement des infections respiratoires aiguës (IRA), fièvre et diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de la toux avec respiration courte et rapide (symptômes de l'IRA) ou de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, pourcentage pour lesquels un traitement auprès d'un service de santé a été recherché ; et parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête, pourcentage pour lesquels un traitement a été demandé auprès d'un service de santé, pourcentage qui a reçu des sachets de sel de réhydratation orale (SRO), et pourcentage qui a suivi une thérapie de réhydratation orale (TRO), selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique socio-démographique	Enfants ayant des symptômes d'IRA ou de la fièvre		Enfants ayant la diarrhée			
	Pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un service de santé ¹		Pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un service de santé ¹		Effectif d'enfants ayant la diarrhée	
	Effectif d'enfants avec IRA/fièvre		Reçu des sachets de SRO	Reçu un TRO ²		
Âge en mois						
<6	28,3	268	12,1	14,7	34,5	86
6-11	33,5	289	31,6	29,0	54,4	139
12-23	36,3	503	34,5	42,1	62,2	260
24-35	34,7	391	20,9	26,9	56,3	197
36-47	39,3	275	26,7	40,5	65,3	123
48-59	33,3	245	25,5	34,7	54,9	92
Sexe						
Masculin	37,1	1 021	27,7	33,0	56,8	495
Féminin	31,7	950	25,9	33,3	56,6	402
Milieu de résidence						
Conakry	45,9	186	45,0	59,7	74,5	120
Autres villes	53,3	213	39,8	40,6	56,9	80
Ensemble urbain	49,9	399	42,9	52,0	67,5	200
Rural	30,6	1 572	22,3	27,7	53,6	697
Région						
Boké	34,6	248	23,0	18,4	45,0	112
Conakry	45,9	186	45,0	59,7	74,5	120
Faranah	33,8	139	26,5	33,4	53,2	65
Kankan	19,8	240	11,8	31,0	60,6	91
Kindia	37,7	268	32,0	36,7	57,8	115
Labé	24,4	195	17,3	22,2	53,5	75
Mamou	26,9	97	15,1	11,7	37,1	39
N'Zérékoré	40,1	597	27,9	32,8	56,5	280
Instruction						
Pas d'instruction	31,0	1 677	25,7	31,3	56,5	778
Primaire	51,4	199	36,3	42,0	57,0	91
Secondaire ou plus	60,9	95	(30,8)	(54,5)	(61,2)	28
Ensemble	34,5	1 971	26,9	33,1	56,7	897

Note : les chiffres entre parenthèses sont basés sur 25-49 cas non pondérés

¹ Non compris les pharmacies, boutiques et les praticiens traditionnels

² Y compris SRO, fluide recommandé maison ou augmentation des fluides

I. Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel est le premier élément d'alimentation et constitue la source principale de nutriments pour l'enfant. Les enfants allaités exclusivement ne reçoivent que le lait maternel. L'allaitement exclusif est recommandé par l'OMS et le Ministère de la Santé Publique pour les six premiers mois de vie parce qu'il transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. En plus, le lait maternel, étant stérile et non contaminé, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, l'OMS et le Ministère de la Santé Publique recommandent qu'à partir de six mois, l'âge auquel l'allaitement seul ne suffit plus pour garantir la meilleure croissance des enfants, que soient introduits des aliments solides et/ou semi solides de complément.

Le tableau 9 présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 35 mois, l'introduction des aliments de complément, et l'utilisation du biberon.

Tableau 9 : Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des plus jeunes enfants de moins de trois ans qui vivent avec leurs mères par type d'allaitement et pourcentage d'enfants de moins de trois ans utilisant le biberon, selon l'âge en mois, EDSG-III Guinée 2005

Âge en mois	N'allaité pas	Allaitement exclusif	Allaite et consomme :				Total	Effectif d'enfants	Utilisant le biberon ¹	Effectif d'enfants
			Eau seulement	Liquides/jus à base de liquides	Autre lait	Suppléments de nourriture				
<2	1,9	41,6	45,2	0,4	5,1	5,7	100,0	251	2,3	258
2-3	0,4	22,9	61,8	1,1	6,3	7,4	100,0	242	4,5	251
4-5	2,0	16,7	53,8	1,3	6,8	19,4	100,0	258	4,4	266
6-7	1,4	10,4	38,8	2,4	14,1	32,8	100,0	234	7,4	245
8-9	1,2	9,2	22,4	1,2	13,6	52,5	100,0	180	2,5	186
10-11	1,8	7,8	18,4	1,9	6,6	63,5	100,0	181	5,2	185
12-15	3,6	6,4	8,6	1,6	4,6	75,1	100,0	489	2,2	506
16-19	11,4	2,3	8,2	0,7	3,6	73,8	100,0	291	3,3	300
20-23	29,4	2,4	3,5	0,0	0,6	64,2	100,0	288	1,4	313
24-27	54,8	1,1	0,9	0,2	0,5	42,5	100,0	383	3,9	445
28-31	79,3	0,0	0,8	0,5	0,0	19,3	100,0	236	3,4	291
32-35	88,0	0,3	0,0	0,2	0,0	11,5	100,0	246	2,9	373
<6	1,5	27,0	53,5	0,9	6,1	11,0	100,0	751	3,7	775
6-9	1,3	9,9	31,7	1,9	13,9	41,4	100,0	414	5,3	432

Note : La situation de l'allaitement se réfère à une période de « 24 heures » (hier et la nuit passée). Les enfants classés allaités et consommant de l'eau seulement ne consomment pas de suppléments. Les catégories d'enfants non allaités, allaités exclusivement, allaités et eau, liquides/jus à base de liquides, autre lait, et suppléments de nourriture (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives, et leur pourcentage total est de 100 %. De ce fait, les enfants qui ont reçu du lait maternel et des liquides à base d'eau et ne recevant pas de suppléments de nourriture sont classés dans la catégorie liquides à base d'eau même s'ils reçoivent de l'eau plate. Tout enfant qui reçoit un supplément de nourriture est classé dans cette catégorie à condition qu'il soit allaité aussi.

¹ Basé sur tous les enfants de moins de trois ans.

L'allaitement est presque universel et prolongé en Guinée : les résultats montrent que 98 % des enfants de moins de six mois sont allaités. Cette proportion est la même pour les enfants de 10 à 11 mois. Toutefois, la recommandation d'allaitement exclusif n'est pas bien respectée. La proportion d'enfants de moins de six mois exclusivement allaités est faible : seulement un enfant sur quatre (27 %) reçoit l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois. L'introduction d'autres liquides ou suppléments est précoce. Par exemple, chez les nouveau-nés de moins de deux mois, la majorité (58 %) reçoit, en plus du sein, de l'eau (45 %), d'autre lait (5 %), et des suppléments solides ou semi solides (6 %). La recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de six mois semble être mieux respectée : on constate que 41 % des enfants de 6-9 mois reçoivent des suppléments de nourriture. L'utilisation du biberon est peu répandue (seulement 4 % des enfants de moins de 6 mois).

J. État nutritionnel des enfants

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité, ainsi qu'une situation désavantageuse de développement mental. L'anthropométrie fournit des indicateurs les plus importants de l'état nutritionnel des enfants. Les mesures du poids et de la taille ont été enregistrées pour les enfants nés au cours des cinq ans avant l'EDSG-III. Ces données sur le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille), et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge). Ces indices sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart type par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts type en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts type en dessous de la médiane sont considérés sévèrement mal nourris. Le tableau 10 montre l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Les enfants dont la taille-pour-âge est en dessous à moins de deux écarts type de la médiane de la population de référence sont considérés comme accusant un *retard de croissance*. Un retard de croissance est le signe d'une malnutrition *chronique*, et reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises (paludisme par exemple). Un enfant sur trois souffre d'une malnutrition chronique (35 %), dont 15 % sous sa forme sévère. Les niveaux du retard de croissance augmentent rapidement avec l'âge. Les enfants de 24-35 mois sont les plus touchés (45 %). Le niveau du retard de croissance frappe plus les enfants de Kankan (43 %) et de N'Zérékoré (40 %).

Les enfants dont le poids-pour-taille est en dessous à moins de deux écarts type de la médiane de la population de référence sont atteints d'*émaciation* ou de *maigreur*. Cette forme de malnutrition *aiguë* est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation, elle peut être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée ou une détérioration rapide des conditions d'alimentation. Les résultats montrent que 9 % des enfants sont émaciés, dont 2 % sont de sévèrement émaciés. Le niveau de l'émaciation est le plus élevé pour les enfants de 6 à 9 mois, correspondant à la période au cours de laquelle commence l'introduction de l'alimentation de complément et une plus grande exposition de l'enfant aux maladies (liés aux nouveaux aliments non-hygiéniques, à l'exploration de l'environnement immédiat en rampant par terre, etc.). L'émaciation est notamment plus élevée pour les enfants des régions de Faranah (13 %), Labé (12 %), N'Zérékoré (11 %) et Kankan (10 %).

Les enfants dont le poids-pour-âge est en dessous à moins de deux écarts type de la médiane de la population de référence présentent une *insuffisance pondérale*. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. Un enfant guinéen sur quatre présente une insuffisance pondérale (26 %) dont 7 % sous sa forme sévère.

En général, c'est l'état nutritionnel des enfants dont les mères n'ont aucun niveau d'instruction qui est le plus préoccupant. Par contre au fur et à mesure que le niveau d'instruction de la mère augmente les enfants sont moins atteints par la malnutrition chronique.

Tableau 10 : État nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel : taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSC-III Guinée 2005

Caractéristique socio-démographique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif d'enfants
	en dessous de -3 ET	en dessous de -2 ET ¹	en dessous de -3 ET	en dessous de -2 ET ¹	en dessous de -3 ET	en dessous de -2 ET ¹	
Âge en mois							
<6	0,0	4,5	1,0	5,7	0,3	2,4	351
6-9	5,0	16,0	2,6	20,6	7,7	21,4	213
10-11	5,3	15,1	2,2	12,9	4,7	22,3	95
12-23	16,8	39,9	4,2	17,8	11,9	35,5	534
24-35	20,8	44,9	1,5	8,7	10,8	35,2	548
36-47	19,5	42,4	1,2	4,8	5,9	25,5	484
48-59	20,1	43,0	0,3	3,6	4,6	24,8	562
Sexe							
Masculin	15,6	36,3	1,8	10,0	7,9	26,7	1 417
Féminin	15,0	33,3	1,7	8,8	6,4	24,9	1 369
Milieu de résidence							
Conakry	6,8	21,0	2,2	8,7	4,9	21,3	241
Autres villes	7,8	23,6	1,1	8,7	3,4	16,5	386
Ensemble urbain	7,5	22,6	1,5	8,7	4,0	18,4	627
Rural	17,6	38,4	1,9	9,6	8,0	28,0	2 159
Région							
Boké	9,9	26,7	0,6	5,8	2,1	18,7	295
Conakry	6,8	21,0	2,2	8,7	4,9	21,3	241
Faranah	13,4	31,1	2,3	12,8	7,1	27,8	253
Kankan	22,3	43,1	1,3	10,4	7,9	30,1	476
Kindia	11,2	34,5	0,8	8,0	7,0	25,2	419
Labé	12,7	34,6	3,1	11,6	7,5	27,6	254
Mamou	13,4	31,7	1,2	3,6	4,1	20,9	179
N'Zérékoré	20,6	40,0	2,6	10,8	10,4	27,9	670
Instruction de la mère²							
Pas d'instruction	15,8	35,9	1,7	9,7	7,1	26,6	2 354
Primaire	11,0	29,1	2,7	10,0	9,3	22,7	203
Secondaire ou plus	10,0	19,5	3,8	10,8	9,3	17,6	112
Âge de la mère²							
15-19	14,3	32,1	0,6	6,9	5,5	22,7	215
20-24	13,8	32,6	1,0	10,0	5,4	26,3	497
25-29	15,6	35,4	1,6	8,8	4,7	24,2	676
30-34	14,5	34,9	3,2	9,5	7,2	23,8	595
35-49	16,8	36,4	1,7	10,1	10,7	29,3	804
État de la mère							
Mère enquêtée	15,1	34,8	1,8	9,7	7,3	25,9	2 637
Mère non enquêtée mais dans le ménage	(18,6)	(24,9)	(6,7)	(12,0)	(12,0)	(26,0)	32
Mère non enquêtée, pas dans le ménage ³	18,1	37,4	0,0	1,4	2,1	24,5	117
Ensemble	15,3	34,8	1,8	9,4	7,1	25,8	2 786

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage. Chaque indice est exprimé en unités d'écart-type (ET) de la médiane de la population de référence internationale des NCHS/CDC/OMS. Le pourcentage d'enfants qui se situent à plus de trois ou plus de deux écarts-type en dessous de la médiane de la population de référence internationale (-3 ET et -2 ET) sont présentés selon les caractéristiques socio-démographiques. Le tableau est basé sur les enfants qui ont une date de naissance valable (mois et année) et des mesures de poids et taille valables. Les chiffres entre parenthèses sont basés sur 25-49 cas non-pondérés.

¹ Y compris les enfants au-dessous de -3 ET.

² Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, l'information est prise du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont les mères ne sont pas citées dans le tableau de ménage.

³ Y compris les enfants dont les mères sont décédées.

K. Test d'anémie

Une carence en fer, surtout chez les femmes et les enfants entraîne l'anémie. L'anémie est souvent la conséquence d'un manque de fer qui est un problème important partout dans le monde et surtout dans les pays en développement où l'on observe que presque la moitié des femmes et des enfants souffrent de l'anémie sous ses formes sévère, modérée ou légère. L'anémie est un grave problème de la santé publique pour plusieurs raisons. Pour les enfants, par exemple, l'anémie empêche la bonne performance mentale et physique et constitue un sérieux handicap pour l'apprentissage de la langue et les performances scolaires. De même, pour les femmes, l'anémie provoque la fatigue et réduit la résistance aux infections ; les mères anémiques courent plus de risque de décéder lors de l'accouchement, et de mettre au monde un enfant de faible poids à la naissance. Le risque de décès est plus élevé chez un enfant de mère anémique.

Un test d'anémie a été inclus à l'EDSG-III afin d'estimer la prévalence de l'anémie dans le pays. Dans les ménages sélectionnés, le test d'hémoglobine a été effectué auprès de toutes les femmes de 15-49 ans et de tous les hommes de 15-59 ans qui ont accepté volontairement de se soumettre au test. En plus, tous les enfants de moins de 5 ans présents dans ces ménages ont été également testés, à condition que l'un des parents ou un adulte responsable ait autorisé le test. Une goutte de sang de ces individus était testée en utilisant le système HemoCue (photomètre et microcuvette), et les résultats du test étaient communiqués immédiatement après.

Le tableau 11 présente les données sur les formes d'anémie pour les enfants, les femmes et les hommes. Au niveau national, 77 % des enfants de moins de cinq ans sont atteints d'anémie : 23 % souffrant d'anémie légère (niveau d'hémoglobine de 10.0-10.9 g/dl) ; 47 % souffrant d'anémie modérée (niveau d'hémoglobine de 7.0-9.9 g/dl); et 7 % souffrant d'anémie sévère (niveau d'hémoglobine <7 g/dl). Les enfants des zones rurales (78 %) sont plus fréquemment atteints d'anémie que ceux des zones urbaines (73 %). De plus, la prévalence de l'anémie sévère dans les zones rurales (8 %) est plus de deux fois supérieure à celle observée dans les zones urbaines (3 %). La prévalence d'anémie sévère la plus élevée est celle des enfants de la région de N'Zérékoré (12 %).

En général, les adultes sont moins touchés par l'anémie que les enfants. Au niveau national, 53 % des femmes souffrent d'anémie : 35 % souffrent d'anémie légère ; 15 % d'anémie modérée, et 3 % d'anémie sévère. De plus, 30% des hommes souffrent d'anémie : 14 % souffrent d'anémie légère ; 14 % d'anémie modérée, et 3 % d'anémie sévère. Tout comme pour les enfants, la prévalence d'anémie est plus élevée chez les femmes des zones rurales (55 %) que chez celles des zones urbaines (49 %).

Tableau 11 : Anémie chez les enfants, les femmes et les hommes

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois, de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans considérés comme souffrant d'anémie selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage souffrant :				Effectif
	Anémie	Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	
ENFANTS					
Milieu de résidence					
Conakry	67,9	21,9	44,5	1,5	246
Autres villes	76,0	28,8	42,6	4,5	364
Ensemble urbain	72,7	26,0	43,4	3,3	610
Rural	77,8	22,3	47,8	7,7	1 989
Région					
Boké	69,1	24,7	40,5	3,9	290
Conakry	67,9	21,9	44,5	1,5	246
Faranah	84,8	21,6	54,5	8,7	247
Kankan	79,5	26,9	46,3	6,3	415
Kindia	70,7	22,6	43,0	5,0	385
Labé	62,9	24,5	35,3	3,1	237
Mamou	78,1	26,5	46,3	5,3	180
N'Zérékoré	87,1	20,0	54,8	12,3	599
Ensemble	76,6	23,2	46,7	6,7	2 599
FEMMES					
Milieu de résidence					
Conakry	53,9	34,2	15,9	3,8	539
Autres villes	44,8	32,8	10,0	2,0	659
Ensemble urbain	48,9	33,4	12,6	2,8	1 198
Rural	55,2	35,9	16,2	3,0	2 832
Région					
Boké	47,8	32,9	12,5	2,4	488
Conakry	53,9	34,2	15,9	3,8	539
Faranah	57,0	38,3	16,7	2,0	322
Kankan	62,9	41,4	18,2	3,3	480
Kindia	45,5	31,5	11,6	2,4	583
Labé	42,4	29,6	11,5	1,3	389
Mamou	52,6	32,1	17,2	3,2	278
N'Zérékoré	59,2	38,2	17,2	3,8	952
Ensemble	53,3	35,2	15,2	3,0	4 030
HOMMES					
Milieu de résidence					
Conakry	22,7	10,0	11,0	1,8	504
Autres villes	24,5	13,1	9,7	1,7	567
Ensemble urbain	23,7	11,7	10,3	1,7	1 070
Rural	33,8	15,2	15,8	2,8	2 059
Région					
Boké	30,4	15,8	12,6	2,0	335
Conakry	22,7	10,0	11,0	1,8	504
Faranah	28,3	13,7	13,0	1,5	239
Kankan	39,7	20,7	16,9	2,1	351
Kindia	26,5	11,4	13,1	2,0	444
Labé	26,8	13,6	10,4	2,8	231
Mamou	40,5	16,9	21,1	2,5	207
N'Zérékoré	32,1	13,7	14,8	3,6	819
Ensemble	30,4	14,0	13,9	2,5	3 130

Note : Le tableau est basé sur les enfants, les femmes et les hommes qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage. La prévalence est ajustée pour l'altitude en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). Les femmes enceintes et les enfants ayant <7,0 g/dl d'hémoglobine, les femmes non enceintes ayant <8,0 g/dl et les hommes ayant <9,0 g/dl souffrent d'anémie sévère ; les femmes enceintes et les enfants ayant 7,0-9,9 g/dl, les femmes non enceintes ayant 8,0-9,9 g/dl et les hommes ayant 9,0-11,9 g/dl souffrent d'anémie modérée ; les femmes non enceintes ayant 10,0-11,9 g/dl, les hommes ayant 12,0-12,9 g/dl, et les enfants et les femmes enceintes ayant 10,0-10,9 g/dl souffrent d'anémie légère.

L. Mortalité des enfants

Les niveaux de mortalité infantile et juvénile sont des indicateurs pertinents pour apprécier la situation socio-démographique dans un pays. L'estimation de la mortalité infantile et juvénile constituait l'un des principaux objectifs de l'EDSG-III. Ce calcul se base sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés : 1) le quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire ; 2) le quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire ; 3) le quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure globalement la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire ; les composantes de la mortalité infantile que sont ; 4) le quotient de mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance ; et 5) le quotient de mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âge 1-11 mois.

Chacun de ces quotients est exprimé pour 1 000 naissances vivantes (sauf pour la mortalité juvénile qui est exprimé pour 1 000 enfants survivants à douze mois) et a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

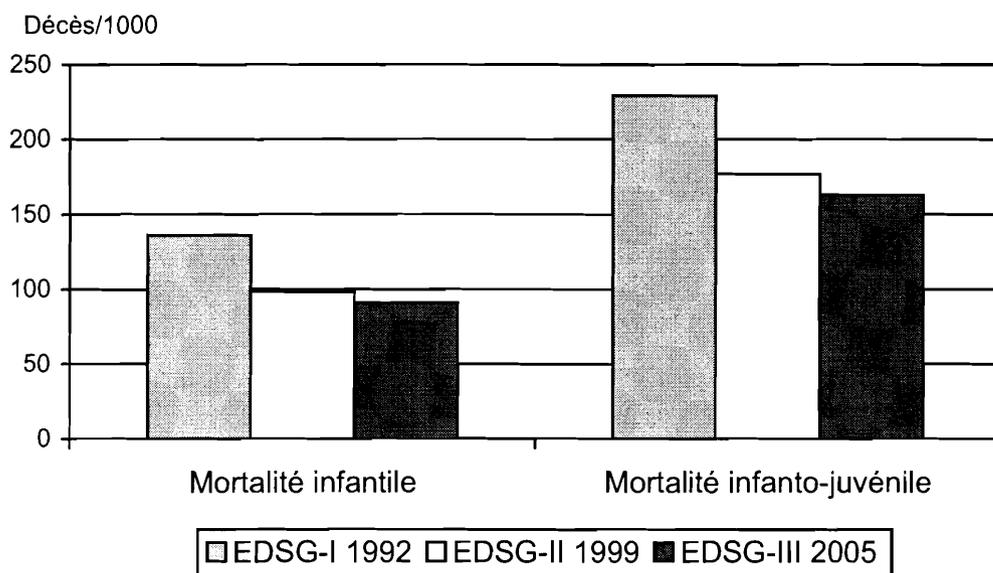
Le tableau 12 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales précédant 2005. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDSG-III, le risque de mortalité infantile est évalué à 91 décès pour 1 000 naissances vivantes; le risque de mortalité juvénile s'établit, quant à lui, aussi à 79 ‰.

Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité Infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	39	52	91	79	163
5-9	69	57	126	96	211
10-14	62	66	128	129	240
EDSG-II 1999	48	50	98	88	177

Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 39 ‰ pour la mortalité néonatale et à 52 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 163 ‰. En d'autres termes, en Guinée, environ un enfant sur six meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

Le graphique 4 montre la tendance de la mortalité infantile et juvénile au cours des dernières années d'après les résultats de l'EDSG-I, l'EDSG-II et l'EDSG-III. Les résultats de l'EDSG-II semblent indiquer une diminution de la mortalité depuis l'enquête précédente. La très légère baisse qui semble apparaître entre 1999 et l'enquête actuelle est trop faible pour que l'on puisse conclure avec certitude à une baisse. Ces données devront être analysées plus en détails avant de se prononcer sur d'éventuelles tendances et des changements statistiquement significatifs.

Graphique 4 :
Tendance de la mortalité infantile et infanto-juvénile



M. Connaissance du VIH/sida

Le sida est aujourd'hui l'un des problèmes majeurs de santé publique dans les pays africains. L'EDSG-III a inclus une série de questions sur la connaissance du VIH/sida, les modes de transmission et de prévention du VIH et sur les comportements.

D'après le tableau 13, la quasi-totalité des femmes (97 %) et des hommes (99 %) ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH/sida. La majorité des femmes et des hommes qui connaissent le VIH/sida ont déclaré qu'il était possible de faire quelque chose pour éviter de le contracter et ont cité au moins une méthode de protection (respectivement, 73 % et 82 %). A ce niveau, on observe un petit écart entre les femmes urbaines (75 %) et les femmes rurales (71 %). Les résultats révèlent des disparités régionales dans la connaissance des moyens d'éviter le VIH/sida chez les femmes : les femmes des régions de Kindia (70 %), Conakry (66 %) et Boké (62 %), se distinguent par des proportions inférieures à la moyenne. De plus, la connaissance des moyens d'éviter le VIH/sida est positivement liée au niveau d'instruction de la femme. De 71 % chez les femmes sans instruction, cette proportion passe à 74 % chez les femmes du niveau primaire et atteint 82 % quand la femme a le niveau secondaire ou plus. Cette relation est aussi observée chez les hommes (avec des proportions plus élevées pour les hommes ayant un niveau secondaire ou plus).

Tableau 13 : Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes ayant entendu parlé du VIH/sida et pourcentage qui pensent qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSC-III Guinée 2005

Caractéristique socio-démographique	Femmes			Hommes		
	Entendu parler de sida	Pense qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Effectif	Entendu parler de sida	Pense qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Effectif
Âge						
15-19	95,9	71,6	1 648	96,1	72,9	664
20-24	98,3	73,7	1 152	99,4	84,5	482
25-29	97,7	71,5	1 259	100,0	85,0	311
30-39	97,3	72,6	2 290	99,8	87,2	669
40-49	96,2	73,0	1 606	99,5	83,7	582
50-59	na	na	na	99,6	80,2	465
État matrimonial						
Célibataire	96,8	72,9	1 311	97,5	78,8	1 161
En union ou vivant ensemble	97,1	72,4	6 292	99,7	83,5	1 879
Divorcée/séparée/veuve	96,5	71,9	351	99,5	86,0	134
Milieu de résidence						
Conakry	98,9	66,0	1 192	99,8	79,2	677
Autres villes	99,5	83,4	1 281	100,0	88,6	549
Ensemble urbain	99,2	75,0	2 472	99,9	83,4	1 226
Rural	96,0	71,3	5 482	98,3	81,0	1 948
Région						
Boké	98,2	62,1	941	99,0	82,5	340
Conakry	98,9	66,0	1 192	99,8	79,2	677
Faranah	98,4	82,8	619	99,6	71,7	219
Kankan	99,4	76,1	935	98,9	76,8	358
Kindia	93,4	70,2	1 155	96,1	86,1	409
Labé	91,0	74,3	817	98,8	89,8	224
Mamou	92,9	77,9	544	96,8	78,0	205
N'Zérékoré	99,8	75,7	1 752	100,0	86,0	741
Instruction						
Pas d'instruction	96,3	70,8	6 162	98,3	78,3	1 625
Primaire	98,5	74,4	909	99,0	77,7	529
Secondaire ou plus	100,0	82,1	883	99,9	89,8	1 020
Ensemble	97,0	72,5	7 954	98,9	81,9	3 174

na : Non applicable

N. Utilisation du condom

L'utilisation du condom, particulièrement en situation de rapports sexuels à haut risque, est l'un des moyens efficaces pour éviter la propagation du VIH/sida. Aux hommes et aux femmes sexuellement actifs, on a donc posé des questions sur l'utilisation du condom au cours des 12 derniers mois avant l'enquête.

Les tableaux 14.1 et 14.2 présentent des informations sur l'utilisation du condom chez les femmes et chez les hommes au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le type de partenaire. En ne tenant compte que du dernier rapport sexuel et quel que soit le type de partenaire, les hommes (22 %) ont quatre fois plus utilisé le condom que les femmes (5 %). Les résultats montrent tant chez les hommes que chez les femmes, que l'utilisation du condom avec le conjoint ou un partenaire cohabitant est très faible (respectivement, 3 % et 1 %). Par contre, lors des rapports sexuels avec un partenaire non cohabitant, l'utilisation des condoms devient importante aussi bien chez les femmes (26 %) que chez les hommes (44 %).

Tableau 14.1 : Utilisation du condom selon le type de partenaire : femmes

Pour l'ensemble des femmes ayant eu des rapports sexuels au cours de l'année précédente, pourcentage de celles ayant utilisé le condom durant le dernier rapport sexuel avec l'époux, partenaire cohabitant ou avec n'importe quel partenaire selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique socio-démographique	Époux ou partenaire cohabitant		Partenaire non-cohabitant		N'importe quel partenaire	
	Utilisé un condom	Effectif	Utilisé un condom	Effectif	Utilisé un condom	Effectif
Âge						
15-19	1,5	439	24,8	386	12,5	819
20-24	1,5	591	30,4	186	8,5	772
25-29	1,6	820	35,7	93	5,1	893
30-39	0,9	1 554	25,8	102	2,5	1 633
40-49	0,4	1 177	13,1	66	1,1	1 228
État matrimonial						
Célibataire	na	na	26,9	489	26,9	489
En union ou vivant ensemble	1,0	4 534	28,1	225	2,3	4 692
Divorcée/séparée/veuve	(5,2)	47	21,4	119	17,1	163
Milieu de résidence						
Conakry	3,6	563	47,7	222	16,4	769
Autres villes	1,8	640	31,5	235	9,8	867
Ensemble urbain	2,7	1 203	39,4	457	12,9	1 635
Rural	0,5	3 378	10,7	377	1,5	3 709
Région						
Boké	1,1	574	10,9	78	2,3	644
Conakry	3,6	563	47,7	222	16,4	769
Faranah	1,5	341	35,4	48	5,5	382
Kankan	0,8	688	10,6	59	1,5	748
Kindia	0,4	705	41,9	67	4,0	766
Labé	0,9	419	*	17	1,8	432
Mamou	0,2	296	*	13	1,2	306
N'Zérékoré	0,4	995	14,6	330	4,0	1 296
Instruction						
Pas d'instruction	0,6	3 894	13,5	395	1,8	4 244
Primaire	1,6	378	23,0	177	8,6	546
Secondaire ou plus	6,0	309	48,2	262	25,9	555
Ensemble	1,1	4 581	26,4	834	5,0	5 345

Note : L'astérisque indique que les chiffres sont basés sur moins de 25 cas non pondérés ; les chiffres entre parenthèses sont basés sur 25-49 cas non pondérés
na : Non applicable

Les résultats mettent en exergue des comportements différentiels dans l'utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels aussi bien chez les femmes que chez les hommes, et particulièrement lorsque le partenaire est non cohabitant. Les femmes de 25-29 ans, les femmes en union, celles vivant en milieu urbain, les femmes de Conakry et les femmes ayant un niveau d'instruction du supérieur ont eu plus que les autres, tendance à utiliser le condom lors des derniers rapports sexuels avec un partenaire non cohabitant. Par exemple, le niveau d'utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels avec un partenaire non cohabitant, passe de 14 % chez les femmes sans niveau d'instruction à 23 % chez celles du niveau primaire ; il atteint 48 % lorsque la femme a un niveau secondaire ou plus. Chez les hommes, seul le niveau d'instruction laisse apparaître des comportements différents avec une plus grande utilisation du condom chez les hommes du niveau secondaire (56 %) comparativement à ceux sans instruction. Les hommes vivant à Conakry (60 %) et Kindia (54 %) ont le plus déclaré avoir utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels avec une partenaire non cohabitante.

Tableau 14.2 : Utilisation du condom selon le type de partenaire : hommes

Pour l'ensemble des hommes ayant eu des rapports sexuels au cours de l'année précédente, pourcentage de ceux ayant utilisé le condom durant le dernier rapport sexuel avec l'épouse, partenaire cohabitant ou avec n'importe quelle partenaire selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSC-III Guinée 2005

Caractéristique socio-démographique	Épouse ou partenaire cohabitant		Partenaire non-cohabitant		N'importe quel partenaire	
	Utilisé un condom	Effectif	Utilisé un condom	Effectif	Utilisé un condom	Effectif
Âge						
15-19	*	1	38,7	279	38,6	279
20-24	(5,8)	50	45,2	346	41,9	379
25-29	8,1	129	51,8	160	34,4	263
30-39	5,0	466	42,4	206	18,5	582
40-49	2,5	478	51,3	88	10,6	510
50-59	0,2	412	*	22	1,6	421
État matrimonial						
Célibataire	na	na	43,7	655	43,7	655
En union ou vivant ensemble	3,2	1 527	47,0	361	12,4	1 687
Divorcé/séparé/veuf	*	8	34,7	85	33,3	92
Milieu de résidence						
Conakry	7,8	239	59,9	278	37,3	493
Autres villes	7,5	195	49,2	272	33,6	428
Ensemble urbain	7,7	434	54,6	550	35,6	921
Rural	1,4	1 101	33,6	551	13,1	1 513
Région						
Boké	2,7	173	41,8	123	19,8	278
Conakry	7,8	239	59,9	278	37,3	493
Faranah	2,1	106	45,0	72	20,6	162
Kankan	3,0	223	29,4	75	9,7	288
Kindia	1,6	213	53,9	179	29,5	332
Labé	0,0	109	(37,6)	34	9,0	141
Mamou	0,0	101	48,6	52	17,0	150
N'Zérékoré	3,7	371	27,3	288	15,2	591
Instruction						
Pas d'instruction	2,2	1 020	32,8	389	11,3	1 303
Primaire	3,0	209	36,1	198	21,3	365
Secondaire ou plus	6,7	306	55,8	513	39,3	766
Ensemble	3,2	1 535	44,1	1 101	21,6	2 434

Note : L'astérisque indique que les chiffres sont basés sur moins de 25 cas non pondérés ; les chiffres entre parenthèses sont basés sur 25-49 cas non pondérés
na : Non applicable

O. L'excision

Au cours de l'EDSG-III, des questions ont été posées sur la pratique de l'excision chez les femmes.

Au tableau 15, les résultats révèlent que dans l'ensemble, la pratique de l'excision est presque universelle, quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques. Néanmoins on note une tendance vers la baisse de la pratique de l'excision. En effet, la proportion d'excisées est plus faible chez les femmes de moins de 20 ans. En ce qui concerne les autres caractéristiques, on constate des proportions de non excisées plus importantes chez les femmes de la région de N'Zérékoré (14 %), les femmes Guerzés (32 %) et Toma (10 %) ainsi que les femmes non musulmanes.

Tableau 15 : Excision			
Pourcentage de femmes qui connaissent l'excision et pourcentage de femmes excisées selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSG-III Guinée 2005			
Caractéristique socio-démographique	Pourcentage connaissant l'excision	Pourcentage excisées	Effectif
Âge			
15-19	99,9	89,3	1 648
20-24	99,9	94,6	1 152
25-29	100,0	96,6	1 259
30-34	99,9	97,4	1 119
35-39	99,8	98,6	1 170
40-44	100,0	98,1	821
45-49	99,9	99,5	785
Milieu de résidence			
Conakry	100,0	94,2	1 192
Autres villes	100,0	93,7	1 281
Ensemble urbain	100,0	93,9	2 472
Rural	99,9	96,4	5 482
Région			
Boké	99,8	99,4	941
Conakry	100,0	94,2	1 192
Faranah	100,0	97,5	619
Kankan	99,7	98,8	935
Kindia	100,0	99,8	1 155
Labé	99,9	99,6	817
Mamou	99,8	99,7	544
N'Zérékoré	100,0	86,4	1 752
Instruction			
Pas d'instruction	99,9	97,1	6 162
Primaire	100,0	91,5	909
Secondaire ou plus	100,0	89,9	883
Ethnie			
Soussou	100,0	99,0	1 602
Peulh	99,9	98,9	2 834
Malinké	99,9	97,1	2 080
Kissi	100,0	97,5	412
Toma	100,0	90,1	350
Guerzé	100,0	68,4	587
Autre	*	*	23
Religion			
Musulman	99,9	98,4	6 742
Chrétien	99,8	80,3	854
Animiste	100,0	87,6	160
Sans religion	99,6	74,7	197
Ensemble	99,9	95,6	7 954

Note : L'astérisque indique que les chiffres sont basés sur moins de 25 cas non pondérés

4. RÉSULTATS DES TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH

Comme mentionné dans l'introduction, l'EDSG-III 2005 a inclus le test du VIH dans la moitié des ménages sélectionnés. Toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle dans ce sous-échantillon étaient sollicités pour donner quelques gouttes de sang pour le test du VIH. Les résultats préliminaires sont présentés ci-dessous. Selon les recommandations de l'ONUSIDA, pour faciliter la comparaison entre les femmes et les hommes, les résultats sont limités aux âges de 15-49 ans pour les deux sexes. Une analyse plus détaillée, y compris pour les hommes de 50-59 ans, sera réalisée dans le rapport final de l'EDSG-III.

Une estimation précise de la prévalence de VIH est nécessaire pour évaluer l'ampleur de l'épidémie en Guinée et pour suivre la progression de l'épidémie au cours du temps. Les données des sites sentinelles de surveillance épidémiologique, provenant des femmes enceintes qui viennent pour les consultations prénatales et l'enquête sur la séroprévalence réalisée en 2000, ont jusque là été les principales sources d'informations sur la prévalence du VIH en Guinée.

Les données provenant des sites sentinelles sont d'une grande valeur parce qu'elles peuvent être disponibles de façon assez régulière, et elles sont moins coûteuses à collecter que celles d'une enquête nationale représentative de la population générale. Toutefois, les données de ces sites de surveillance présentent plusieurs insuffisances importantes. L'insuffisance majeure est principalement liée au fait que les femmes enceintes ne sont pas représentatives de la population générale en âge reproductif (Slutkin et al., 1988). Le plus évident c'est que les niveaux de la prévalence de VIH varient entre les femmes et les hommes, et les hommes ne sont évidemment pas représentés dans les données provenant des sites sentinelles. De plus, le niveau de prévalence est généralement plus élevé chez les femmes enceintes que chez les femmes dans la population générale car parmi les femmes non enceintes il y a les femmes non actives sexuellement, et donc peu exposées au VIH. Les niveaux de prévalence varient aussi avec l'âge. Les femmes qui se rendent dans les services de soins prénatals peuvent avoir une distribution d'âge qui est différente par rapport à celle des femmes dans la population générale. Enfin, la couverture géographique pourrait présenter une autre source de biais inhérente dans les données des sites de surveillance, dans la mesure où les données proviennent d'un nombre limité des sites sentinelles qui se trouvent le plus souvent dans les zones urbaines ou semi urbaines-- là où la prévalence du VIH est la plus élevée.

Avec l'inclusion du test du VIH dans l'EDSG-III, la Guinée est l'un des premiers pays d'Afrique subsaharienne à enrichir sa base d'information sur le VIH avec des données d'une enquête nationale, représentative de la population générale. Pour la première fois, le pays dispose d'une mesure directe de la prévalence du VIH au lieu d'une estimation dérivée d'un modèle basé sur les données des sites sentinelles et ajustées avec certains paramètres. L'ONUSIDA et l'OMS recommandent que les résultats d'une enquête nationale représentative soient exploités pour calibrer les résultats de la surveillance régulière (UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, 2000). Il est donc conseillé que la séroprévalence de l'EDSG-III soit analysée de très près et qu'elle soit utilisée pour raffiner la série des paramètres qui sont intégrés dans le modèle d'estimation de la prévalence à partir des données des sites sentinelles.

A. Taux de couverture du test du VIH

Le tableau 16 fournit les taux de couverture du test du VIH chez les femmes et les hommes, selon le milieu de résidence.

Dans l'ensemble, plus de 9 personnes sur 10 ont été testées pour le VIH. Le taux de couverture est légèrement plus élevé chez les femmes (93 %) que chez les hommes (88 %). Les taux de couverture chez les femmes et les hommes du milieu rural sont plus élevés que ceux correspondant aux personnes de milieu urbain : dans l'ensemble, 94 % de personnes dans les zones rurales ont été testées contre 84 % chez celles des villes.

Dans l'ensemble, 9 % des personnes éligibles qui n'ont été pas testées dont la majorité a refusé le test. Parmi les personnes non testées, la proportion ayant refusée est plus élevée dans les villes qu'un milieu rural. On observe la même tendance quel que soit le sexe. Par ailleurs, les résultats du test sont manquants dans 2,6 % des cas.

Tableau 16 : Couverture du test du VIH			
Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans éligibles pour le test du VIH (de facto population), selon le milieu de résidence, EDSG-III Guinée 2005			
Test du VIH	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
FEMMES 15-49 ANS			
Résultat du test			
Testée	88,2	94,4	92,5
Pas testée	11,8	5,6	7,5
Refusée	9,4	3,0	5,0
Absente/autre	0,2	0,2	0,2
Enquêtée en EDS	0,2	0,1	0,1
Pas enquêtée en EDS	0,0	0,1	0,1
Résultat manquant	2,3	2,3	2,3
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	1 301	2 888	4 189
HOMMES 15-49 ANS			
Résultat du test			
Testé	79,6	93,2	87,8
Pas testé	20,4	6,8	12,2
Refusé	15,3	4,4	8,7
Absent/autre	0,5	0,2	0,4
Enquêté en EDS	0,3	0,1	0,1
Pas enquêté en EDS	0,3	0,2	0,2
Résultat manquant	4,6	2,2	3,1
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	1 134	1 716	2 850
ENSEMBLE			
Résultat du test			
Testé	84,2	94,0	90,6
Pas testé	15,8	6,0	9,4
Refusé	12,1	3,5	6,5
Absent/autre	0,3	0,2	0,3
Enquêté en EDS	0,2	0,1	0,1
Pas enquêté en EDS	0,1	0,2	0,1
Résultat manquant	3,4	2,2	2,6
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	2 435	4 604	7 039

B. Taux de séroprévalence du VIH

Le tableau 17 fournit les taux de prévalence du VIH chez les femmes et les hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Les résultats montrent qu'au niveau national la prévalence est de 1,5 %. Les femmes, avec un taux de prévalence de 1,9 %, sont nettement plus infectées que les hommes (0,9 %). Il en résulte un ratio d'infection de 2,1 entre les femmes et les hommes, ce qui signifie qu'il y a 210 femmes infectées pour 100 hommes.

L'algorithme utilisé pour le dépistage du VIH permettait de différencier le VIH1 du VIH2. Cependant, contrairement au VIH1, aucun cas de VIH2 n'a été observé dans l'échantillon de l'EDSG-III bien que quatre cas ont été identifiés au laboratoire mais provenant de personnes hors échantillon. Ce qui signifie bien que les deux types de virus circulent en Guinée.

La proportion des personnes positives augmente avec l'âge : de 1,0 % parmi les personnes de 15-19 ans la proportion passe à 2,8 % parmi celles de 30-34 ans ; ensuite, la proportion baisse à 1,4 % parmi les personnes de 40-44 ans (graphique 5). Comme observé dans d'autres études, il existe une progression différente de l'infection entre les femmes et les hommes. Le graphique 5 illustre clairement ces différences : d'abord, on remarque qu'à 15-29 ans les femmes ont un taux d'infection beaucoup plus élevé que les hommes, et qui croît plus rapidement. Les écarts de prévalence sont plus prononcés à 30-34 ans, âges auxquels les femmes ont des taux plus de quatre fois plus élevés que ceux des hommes. De plus, la prévalence maximale est observée à 30-34 ans chez les femmes et plus tard (40-44 ans) pour les hommes. A partir de 30-34 ans les écarts de prévalence sont plus faibles.

Graphique 5 : Prévalence VIH par groupes d'âge et sexe

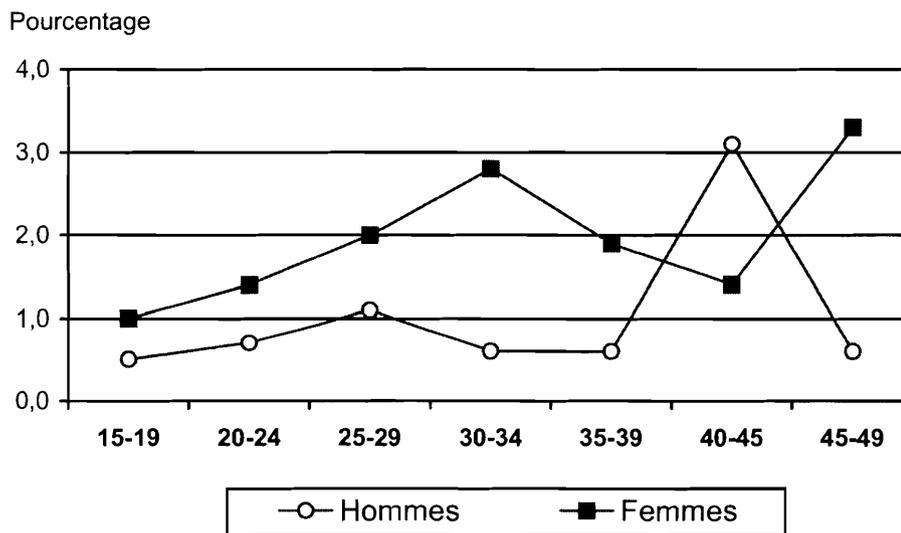


Tableau 17 : Prévalence du VIH

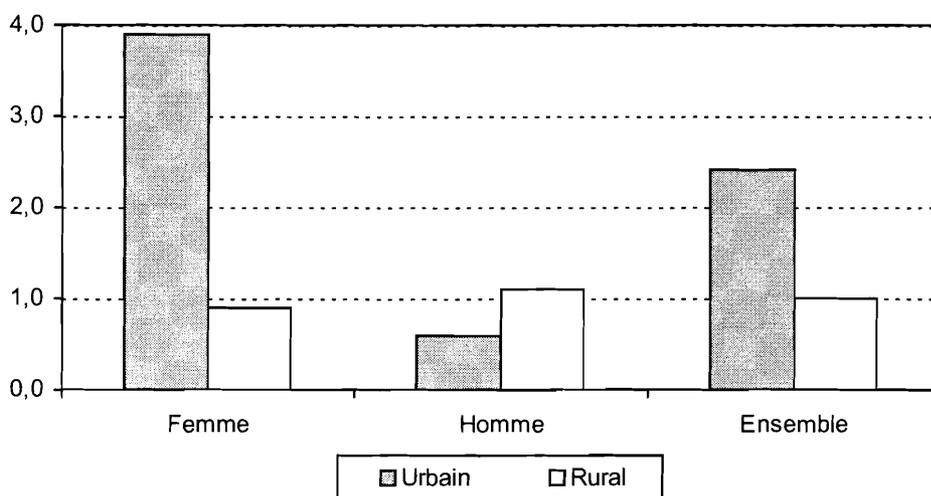
Taux de prévalence du VIH de femmes et d'hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique socio-démographique	Femmes 15-49 ans				Hommes 15-49 ans				Ensemble			
	Pourcent. testé	Effectif non pondéré de femmes	Pourcent. VIH +	Effectif pondéré testé	Pourcent. testé	Effectif non pondéré d'hommes	Pourcent. VIH +	Effectif pondéré testé	Pourcent. testé	Effectif non pondéré de personnes	Pourcent. VIH +	Effectif pondéré testé
Groupes d'âge												
15-19	92,5	871	1,0	800	89,7	729	0,5	664	91,3	1 600	0,8	1 465
20-24	91,5	622	1,4	559	86,0	471	0,7	460	89,1	1 093	1,1	1 020
25-29	93,6	671	2,0	609	81,9	332	1,1	285	89,7	1 003	1,7	894
30-34	91,9	593	2,8	528	87,3	324	0,6	305	90,3	917	2,0	833
35-39	92,9	622	1,9	559	89,3	373	0,6	346	91,6	995	1,5	904
40-44	93,0	402	1,4	366	89,6	309	3,1	287	91,6	711	2,1	653
45-49	91,7	408	3,3	351	89,4	312	0,6	268	90,7	720	2,1	619
Milieu de résidence												
Urbain	88,2	1 301	3,9	1 199	79,6	1 134	0,6	1 055	84,2	2 435	2,4	2 254
Rural	94,4	2 888	0,9	2 573	93,2	1 716	1,1	1 561	94,0	4 604	1,0	4 134
Région												
Boké	94,1	558	1,4	450	88,3	343	0,8	273	91,9	901	1,2	723
Conakry	79,2	553	3,4	596	68,1	554	0,6	584	73,6	1 107	2,1	1 180
Faranah	98,4	496	2,0	284	97,2	317	1,1	185	97,9	813	1,6	469
Kankan	94,4	538	1,2	454	88,4	363	1,3	296	92,0	901	1,2	750
Kindia	89,0	574	1,0	526	90,8	368	0,9	332	89,7	942	0,9	858
Labé	92,2	437	1,7	373	92,6	204	2,1	171	92,4	641	1,8	544
Mamou	95,2	434	1,1	255	92,1	253	0,0	148	94,0	687	0,7	402
N'Zérékoré	98,2	599	2,2	834	97,8	448	0,9	627	98,0	1 047	1,7	1 461
Ensemble	92,5	4 189	1,9	3 772	87,8	2 850	0,9	2 616	90,6	7 039	1,5	6 387

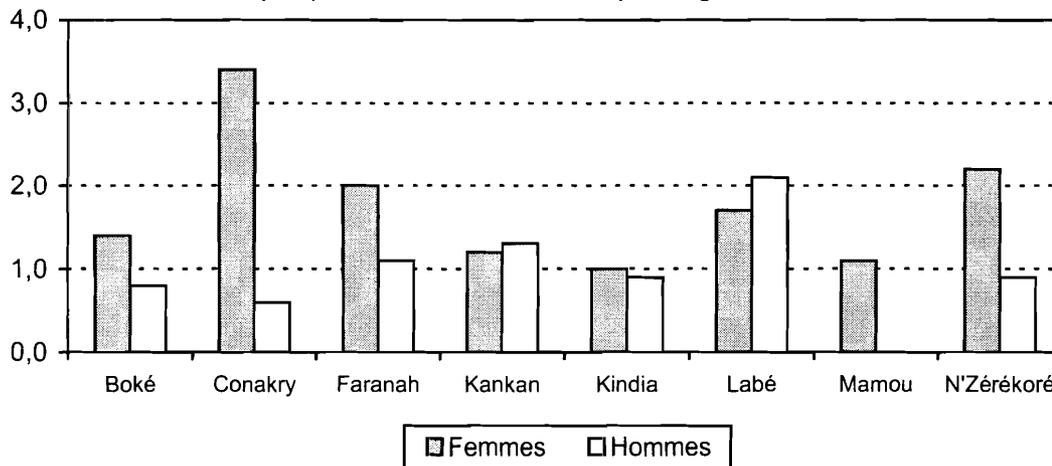
En ce qui concerne la situation par milieu de résidence (graphique 6) les résultats montrent que, chez les femmes, la séroprévalence dans les villes est trois fois plus élevée que celle en milieu rural (3,9 % et 0,9 % respectivement) alors que chez les hommes, on observe une situation inverse (0,6 % en milieu urbain contre 1,1 % dans les zones rurales). La prévalence varie peu selon la région. Conakry a le taux le plus élevé (2,1 %), suivie par Labé (1,8 %), N'Zérékoré (1,7 %), et Faranah (1,6 %). Les régions les moins touchées sont Mamou (0,7 %) et Kindia (0,9 %). Par ailleurs, seules les régions de Conakry et N'Zérékoré enregistrent des taux très variables selon le sexe. Par exemple, le graphique 7 montre qu'à Conakry, il y a cinq fois plus de femmes que d'hommes atteints par le VIH (3,4 % contre 0,6 %), et plus de deux fois plus des femmes que d'hommes dans la région de N'Zérékoré. Les régions de Labé et Kankan sont celles où la proportion d'hommes infectés est plus élevée que celle de femmes.

La prévalence de 1,9 % estimée chez les femmes à partir de l'EDSG-III n'est pas comparable à celle obtenue à partir des données de l'enquête de sérosurveillance (ESSIDAGUI-2001) qui se chiffrait à 2,8 %. La différence majeure réside dans le fait que les populations cibles ne sont pas les mêmes. L'ESSIDAGUI-2001 a porté sur des populations où le niveau de prévalence du VIH est généralement plus élevé alors que l'EDSG-III porte sur l'ensemble des femmes en âge de procréation (15-49 ans).

Graphique 6 : Prévalence VIH par milieu de résidence et sexe



Graphique 7 : Prévalence VIH par région et sexe



RÉFÉRENCES

Slutkin, Gary, James Chin, Daniel Tarantola, Jonathon Mann. 1988. *Sentinel surveillance for HIV infection: A method to monitor HIV infection trends in population groups*. Geneva: World Health Organization.

UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. 2000. *Second generation surveillance for HIV: The next decade*. WHO/CDC/CSR/EDC2000.5, UNAIDS/00.03E.

UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 2004. *Responding to surveillance: Methods and software to produce HIV/AIDS estimates in the era of population-based prevalence surveys*. Report of a meeting of the UNAIDS Reference Group for “Estimates, Modelling and Projections” held in Glion, May 10-11, 2004.

World Health Organisation and UNAIDS. 2003. *Reconciling antenatal clinic-based surveillance and population-based survey estimates of HIV prevalence in sub-Saharan Africa*. Geneva : WHO.

MEASURE DHS Rapports Préliminaires

Turquie	Décembre	1998	anglais
Ghana	Mai	1999	anglais
Guatemala	Juin	1999	espagnol
Guinée	Octobre	1999	français
Kazakhstan	Décembre	1999	anglais/russe
Tanzanie	Février	2000	anglais
Zimbabwe	Mars	2000	anglais
Bangladesh	Juin	2000	anglais
Égypte	Juin	2000	anglais
Éthiopie	Août	2000	anglais
Haïti	Septembre	2000	français
Cambodge	Novembre	2000	anglais
Turkménistan	Janvier	2001	anglais
Malawi	Février	2001	anglais
Rwanda	Février	2001	français
Arménie	Mars	2001	anglais
Gabon	Mars	2001	français
Ouganda	Mai	2001	anglais
Népal	Août	2001	anglais
Mauritanie	Juillet	2001	français
Mali	Décembre	2001	français
Bénin	Février	2002	français
Érythrée	Septembre	2002	anglais
Zambie	Octobre	2002	anglais
Jordan	Novembre	2002	anglais
République Dominicaine	Janvier	2003	espagnol
Ouzbékistan	Mai	2003	anglais
Indonésie	Août	2003	anglais
Nigeria	Octobre	2003	anglais
Kenya	Décembre	2003	anglais
Indonésie (jeunes adultes)	Décembre	2003	anglais
Jayapura –Ville, Indonésie (jeunes adultes)	Décembre	2003	anglais
Philippines	Janvier	2004	anglais
Burkina Faso	Mai	2004	français
Ghana	Juin	2004	anglais
Maroc	Juin	2004	français
Bangladesh	Septembre	2004	anglais
Cameroun	Octobre	2004	français
Madagascar	Octobre	2004	français
Tchad	Février	2005	français
Kenya (prestation des services)	Mars	2005	anglais
Tanzanie	Mai	2005	anglais
Ouganda (indicateurs de VIH/sida)	Juin	2005	anglais
Malawi	Août	2005	anglais
Sénégal	Août	2005	français
Lesotho	Août	2005	anglais
Guinée	Août	2005	français

Les rapports préliminaires des enquêtes MEASURE DHS sont distribués à un nombre limité de destinataires ayant besoin des premiers résultats de l'enquête et ils ne sont pas disponibles pour une large diffusion. L'organisme national exécuteur de l'enquête est responsable de la diffusion dans le pays; MEASURE DHS est responsable de la diffusion au niveau international. La publication du rapport final des enquêtes MEASURE DHS, destiné à une diffusion à grande échelle, est prévue 6 à 12 mois après la sortie du rapport préliminaire.